Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 247 Acute zorg

Nr. 222

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG
Vastgesteld 6 april 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 februari 2016 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 maart 2015 met een reactie op toezeggingen gedaan tijdens het algemeen overleg inzake ambulancevervoer op 9 april 2014 over de grensoverschrijdende problematiek (Kamerstuk 29 247, nr. 202);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 mei 2015 met de Aanwijzing beschikbaarheidbijdrage ambulancehelikopter Friese Waddeneilanden (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 109);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2015 over de functionaliteit en bereikbaarheid van SEH's in Nederland (Kamerstuk 29 247, nr. 211);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 februari 2015 met een reactie op het verzoek van de commissie inzake het onderzoek van IQ Healthcare naar onnodige ambulanceritten (Kamerstuk 29 247, nr. 197);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juni 2015 met de stand van zaken rond de ontwikkeling van structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 212);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 2015 met de stand van zaken rond moties en toezeggingen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 februari 2016 met een reactie op het verzoek van de commissie om vervolginformatie over de stand van zaken rond de ontwikkeling van structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 217);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 februari 2016 ter aanbieding van de RIVM Bereikbaarheidsanalyse spoedeisende hulpafdelingen (SEH) en acute verloskunde (Kamerstuk 29 247, nr. 218);**

kst-29247-222
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 met de Verzamelbrief VWS januari 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 153).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Bouwmeester
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Leijten en Arno Rutte,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 15.00 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Ik heet de Minister en haar ambtenaren, de leden van de Kamer, de mensen op de publieke tribune – de mensen die heel herkenbaar zijn aan de uniformen en alle andere mensen die zich betrokken voelen bij het onderwerp – en de mensen die thuis meekijken van harte welkom.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik kan het me nog goed herinneren. Mevrouw Schippers was van Kamerlid Minister geworden en toen moest zij bij de behandeling van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) in 2012 mijn uitdaging om af te zien van aanbestedingen keer op keer afslaan. Zij zei zelfs dat ik dingen bij haar vermoedde die ik niet moest vermoeden. Zij was niet voor marktwerking in de ambulancesector. Hoe anders was het toen ik afgelopen juni de brief onder ogen kreeg waarin de vier toekomst-scenario's werden geschetst? Scenario 1 is marktwerking via aanbesteding door de Minister, scenario 2 is publieke uitvoering, in scenario 3 wordt het per regio aangestuurd via het traumacentrum en scenario 4 is marktwerking en aanbesteding via zorgverzekeraars. In de brief schrijft de Minister vervolgens dat zij gaat onderzoeken of zij gaat aanbesteden of gaat aanbesteden, dus of zij moet kiezen voor scenario 1 of 4. Er zou geen draagvlak zijn voor andere scenario's. Zij heeft onderzoek gedaan onder een select groepje van werkgevers, zorgverzekeraars en een paar mensen van patiëntenclubs en vergat daarbij volledig het personeel te horen.
Wij deden dat wel van de zomer, omdat wij ook de toekomst eens voor wilden leggen, in dit geval aan het personeel. Dat heeft geresulteerd in ons onderzoek De toekomst van het ambulancepersoneel. Daarin wordt duidelijk dat het ambulancepersoneel de toekomstscenario's van de Minister niet ziet zitten. Slechts 1% staat achter de aanbestedingen via de zorgverzekeraars. Drie kwart geeft aan te willen gaan voor scenario 2, namelijk de uitvoering via een publieke dienst. Ik vraag de Minister of zij voor de toekomst over wil gaan tot het uitvoeren van de ambulancezorg als publieke dienst. De Minister heeft ons afgelopen vrijdag laten weten dat zij niet kan kiezen tussen aanbestedingen of aanbestedingen. Daarom wacht zij twee jaar langer met het maken van een keuze voor markt-werking of marktwerking. Wij zouden deze gelegenheid te baat willen nemen om af te zien van marktwerking. Uitstel van het besluit is niet goed. Er is nu een afwachtende houding in de sector. Investeringen worden uitgesteld. Volgens mij is het goed om nu te laten weten dat wij niet gaan voor aanbestedingen, maar gewoon voor een publieke organisatie, dat wij via kwaliteitseisen en goed opgeleid personeel de kwaliteit kunnen waarborgen en dat wij de aanbestedingen daarvoor niet nodig hebben. Ik hoor graag een reactie van de Minister. Wij zeggen: de beste weg is de publieke weg.
Er staat vandaag nog iets anders op de agenda, namelijk het RIVM-rapport dat wij afgelopen maandag kregen. Er is een nieuwe versie van een rijtijdenmodel in gebruik genomen en met dit nieuwe model is de bereikbaarheidsanalyse van Spoedeisende Hulpposten en acute verloskunde uitgevoerd. De resultaten liegen er niet om. Uit de analyse blijkt dat het nieuwe model niet leidt tot een betere bereikbaarheid van de Spoedeisende Hulp en acute verloskunde, maar een slechtere. 33.000 inwoners van Nederland zitten niet binnen de 45 minutennorm. Dat zijn er

dus meer dan voor de nieuwe berekening het geval was. Ik vraag de Minister hoe dat komt. Wat is haar analyse? Hebben wij voldoende SEH's? Is er voldoende acute verloskunde? Als die er voldoende zijn, zijn er dan voldoende ambulances? Zou het niet goed zijn om de dekking van de SEH-norm niet via het Zorginstituut te laten lopen, zoals op dit moment het geval is, maar om in elk geval open te houden wat op dit moment bestaat, om te kijken of wij SEH's kunnen versterken of starten waar die er te weinig zijn en om daar waar de kwaliteit van de Spoedeisende Hulp volgens het Zorginstituut niet voldoende is die te verbeteren? Volgens ons is de optie die op tafel moet komen niet minder, maar vooral beter.

De **voorzitter**: Keurig binnen de tijd, mevrouw Leijten. Stipt. Dank u wel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Tijdens mijn werkbezoeken op de ambulance heb ik kunnen zien wat een bijzonder werk het is. Het is mooi dat een hele groep verpleegkundigen en ambulancechauffeurs op de publieke tribune zit, onder wie ook mensen die ik echt aan het werk heb gezien. Ik ben echt onder de indruk van het werk dat ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs doen. Zij moeten een heel hecht team vormen dat goed samenwerkt en dat steeds in de meest onverwachte situaties terechtkomt. In die zin zijn zij echt de voorhoede van de gezondheidszorg. Het interessante vind ik dat zij niet alleen mensenlevens redden, maar dat zij ook de effecten van de ontwikkelingen in de zorg als eerste zien. Ik ben gesprekken aangegaan met ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs over mensen die langer thuis moeten blijven wonen, wat betekent dat zij vaker naar mensen moeten gaan die in die situatie terecht zijn gekomen. Dat vergt weer een andere samenwerking met de huisartsen. Het is heel interessant om bij de mensen die op ambulances werken te kijken en te horen hoe zij de effecten van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg terugzien in hun werk. Het CDA heeft dan ook grote waardering voor dit belangrijke werk.
Er gebeurt veel rond de ambulancezorg. De Minister heeft inmiddels aangekondigd dat de Tijdelijke wet ambulancezorg met twee jaar wordt verlengd. Zij geeft aan dat de sector nog volop in beweging is en dat zij het daarom niet verstandig vindt om te kiezen voor een definitieve ordening. Mijn vraag aan de Minister is of dit uitstel ook de gelegenheid biedt om de twee scenario's die nog niet eerder zijn uitgezocht nader te verkennen.
Andere levensredders zijn de automatische externe defibrillators (aed's), die door heel veel mensen door heel Nederland worden opgehangen. Het is wel van belang dat die herkenbaar zijn en goed werken. Verschillende burgerhulporganisaties geven aan dat de kastjes soms moeilijk te vinden zijn, doordat zij een verschillend uiterlijk hebben. Andere kastjes gaan niet open of zijn vernield. Het is er niet altijd even goed mee gesteld. Tegelijkertijd krijgen wekelijks 300 mensen buiten het ziekenhuis een hartstilstand. Je wilt dan allereerst dat de ambulance er op tijd is. Als er tussentijds met reanimatie kan worden begonnen, kan dat een oplossing zijn als mensen goed opgeleid zijn. Dan is het vreselijk als de kastjes met de aed's niet kunnen worden gevonden, als zij vernield zijn of als zij niet open kunnen. Wil de Minister eens met de betrokken partijen om tafel gaan om te bekijken of er betere afspraken over kunnen worden gemaakt, zodat de kastjes wel herkenbaar zijn en goed worden onderhouden?
Het CDA is er erg blij mee dat de Minister geregeld heeft dat de zorgverzekeraars de batterijen van de gebruikte aed's vergoeden. In de praktijk zijn er echter een heleboel uitvoeringsproblemen. Verzekeraars zijn allereerst niet helder over de vergoeding. Daarnaast hebben sommige zorgverzekeraars het zo geregeld dat mensen die een reanimatie hebben gekregen om die vergoeding moeten vragen. Dat kan tot heel nare situaties leiden. Soms overlijden mensen immers of blijven zij heel lang in het ziekenhuis liggen. Het is eigenlijk een heel onpraktische manier om dit uit te voeren.

In het veld worden suggesties gedaan voor andere praktische oplossingen. Kan de Minister ervoor zorgen dat er wat handiger en praktischer mee wordt omgegaan?
Wij hebben net een petitie ontvangen van de colleges van Leidschendam, Voorburg en Voorschoten over het openhouden van de Spoedeisende Hulp van MCH Antoniushove. Het CDA heeft de Minister al eerder gevraagd of het niet goed zou zijn als lokale bestuurders een grotere rol zouden krijgen in het overleg met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Een ziekenhuis is immers ook een maatschappelijke voorziening. Wat vindt de Minister van de beoogde sluiting van die Spoedeisende Hulp? Hoe kijkt zij tegen de rol van het lokale bestuur aan?
Ik kom tot een afsluiting. Mevrouw Leijten zei al dat uit de rijtijdenanalyse blijkt dat Spoedeisende Hulpposten lastiger bereikbaar zijn dan eerst. Wij hebben ondertussen ook nog een marktscan ambulancezorg ontvangen waaruit blijkt dat het in meer dan drie kwart van de ambulanceregio's heel lastig is om de aanrijtijd van vijftien minuten te halen, terwijl de Minister een aantal jaren geleden nog wel extra geld beschikbaar heeft gesteld om meer ambulances op straat te krijgen zodat ambulanceverpleegkundigen makkelijker hun werk kunnen doen. Wat is er met dat geld gebeurd? Zijn er meer ambulances gekomen? Waarom wordt die norm niet gehaald? Wat wil de Minister doen om dit te verbeteren?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. In Nederland is ambulancezorg echt onderdeel van de zorg en niet alleen maar vervoer, zoals in heel veel andere landen wel het geval is. De zorg gaat veel verder dan alleen de auto met de verpleegkundige. Dankzij rapid response kan een motorambulance razendsnel ter plaatse zijn en beginnen met een behandeling, die indien nodig wordt voortgezet in een autoambulance. De kwaliteit is hoog en dat is zeker iets om trots op te zijn en om te behouden. Succesvolle spoedeisende zorg wordt vaak nog effectiever en sneller dankzij de inzet van goed getrainde burgerhulpverleners. Bij de begrotingsbehandeling van dit jaar zorgde mijn VVD-collega Leendert de Lange samen met mevrouw Bouwmeester van de PvdA voor een 1 miljoen euro voor de initiatieven Hartveilig wonen en HartslagNu, zodat beide initiatieven kunnen worden samengevoegd tot één landelijk dekkend netwerk en er dus meer mensen sneller gereanimeerd kunnen worden met een grotere kans op overleven en met een betere kwaliteit van leven. Al met al kun je stellen dat de spoedzorg in Nederland over de gehele breedte van hoog niveau is en blijft. Dat is een goede ontwikkeling.
In ons land vindt stapsgewijs enige concentratie plaats van Spoedeisende Hulpposten. Dat is – dat begrijp ik heel goed – een emotioneel proces, zeker op de plekken waar een Spoedeisende Hulp sluit. Wij hebben allemaal zojuist een petitie ontvangen over het sluiten van een Spoedeisende Hulp en daarmee ook de huisartsenpost (hap) in Leidschendam. De bewoners van de regio maken zich daar zorgen over. Blijft er op een bereisbare afstand en vooral met een bereisbare reistijd spoedeisende hulp beschikbaar, bijvoorbeeld in een gemeente als Voorschoten? Is het nu echt nodig dat als de Spoedeisende Hulp verdwijnt, ook de huisartsenpost verdwijnt? Ik vraag de Minister op welke wijze de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) scherp in de gaten houdt dat Spoedeisende Hulp op een bereisbare afstand en met een bereisbare reistijd beschikbaar blijft voor de inwoners van deze regio. De reistijden zijn in de Randstad immers heel anders dan in een dunner bevolkt gebied. Kunnen bewoners die zich daar zorgen over maken een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over deze ontwikkeling en, zo ja, kan over de uitslag van zo'n klacht helder gecommuniceerd worden? Wat is nu waar van de aanname dat als de Spoedeisende Hulp verdwijnt, ook de huisartsenpost moet verdwijnen? Bij mijn weten is het prima mogelijk om een huisartsenpost te hebben als er geen Spoedeisende Hulp is. In de stad Groningen is dat bijvoorbeeld het geval bij het Martini Ziekenhuis. Kan de Minister dat bevestigen?

Door Tijdelijke wet ambulancezorg zijn er regionale monopolisten gecreeërd. De «markt» zit nu dicht en zal door de verlenging van deze wet dicht blijven. Het is heel goed dat er hard wordt gewerkt aan allerlei kwaliteitsindicatoren. Helaas is dat proces nog niet voltooid. De VVD is ervan overtuigd dat in principe het realiseren van de mogelijkheid van nieuwe toetreders, met overname van huidig personeel, kan bijdragen aan een extra impuls voor innovatie en verbetering van de kwaliteit. Wat de VVD betreft moet dat over twee jaar alsnog mogelijk worden in de definitieve wet. Ik wil van de Minister weten of zij, nu zij kiest voor verlenging van de tijdelijk wet, geen problemen verwacht, eventueel door strijdigheid met Europese regelgeving en/of andere juridische procedures.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat de VVD voor marktwerking is en alles via aanbesteding wil regelen, weten wij. Is het niet ook heel belangrijk om daar draagvlak voor te hebben? Wat vindt de VVD er dan van dat de Minister beweert dat zij maar twee van de vier scenario's hoeft door te exerceren, zoals zij heeft gedaan, namelijk aanbesteden door haarzelf of aanbesteden door zorgverzekeraars, terwijl het draagvlak onder het personeel daarvoor nihil is? Zou het niet heel fair zijn om, ook als je zelf voor één bepaalde optie bent, alle opties te analyseren, voor te leggen en er draagvlak voor te zoeken?

De heer **Rutte** (VVD): Ik vind het in principe verstandig dat wij ook in de ambulancesector de mogelijkheid creëren om nieuwe toetreders toe te laten. Zij hoeven niet te komen, maar die mogelijkheid zou er mogen zijn. Dan kom je inderdaad bij scenario's met aanbesteding uit, met alle zorgvuldigheid van dien. Daar ben ik voorstander van. Als er met de sector wordt gesproken, moet je er echter wel rekenschap van geven dat bij de sector medewerkers een belangrijke rol hebben. Als onvoldoende met hen wordt gesproken, zou dat een plek kunnen krijgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Tijdens de begrotingsbehandeling vroegen wij in een motie om de andere scenario's ook te onderzoeken. Daarbij kregen wij steun van gehele kamer, maar niet van de VVD en de PvdA. Wij vroegen om die gewoon allemaal eens naast elkaar te zetten en allemaal uit te werken. Daar stemden zij niet voor. In het onderzoek dat wij hebben gedaan, zien wij dat er in elk geval voor een andere variant veel meer draagvlak is onder het personeel. Er zijn altijd verschillende belangen. Dat begrijp ik ook. Als je bepaalde varianten volledig uitsluit in je onderzoek, ben je dan wel fair bezig? Wij hebben nu twee jaar extra. De keuze van de heer Rutte is duidelijk en de mijne ook.

De **voorzitter**: Uw vraag is volgens mij ook heel duidelijk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zou het niet goed zijn om in de tussentijd alle scenario's uit laten zoeken?

De heer **Rutte** (VVD): Het is in elk geval duidelijk dat de VVD consequent is. Wij vinden het echt van belang dat wij in toekomstige scenario's voor de ambulancezorg de mogelijkheid creëren dat er nieuwe toetreders komen, alles onder strikte voorwaarden en rekening houdend met de belangen van het personeel. Daarom ben ik consequent. Ik vind de scenario's die nu voorliggen op zich de beste scenario's om te onderzoeken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is niet echt een antwoord op de vraag van mevrouw Leijten. Eerder heeft het verzoek bij de Tweede Kamer voorgelegen om alle vier de scenario's uit te zoeken. Er is nu twee jaar extra, dus wat is erop tegen om alle vier de scenario's keurig te onderzoeken?

De heer **Rutte** (VVD): Je mag je uitspreken voor welk scenario dan ook. Ik denk dat de scenario's die nu voorliggen voldoen aan iets wat de VVD buitengewoon belangrijk vindt, namelijk de mogelijkheid om nieuwe toetreders een kans te geven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is niet alleen de VVD die het beleid maakt. Het is ook van belang om te kijken naar wat het veld wil en naar wat de mensen daaromheen willen, om ook die belangen te wegen. Daar kan best een voorkeur zijn om toch naar die twee andere opties te kijken. Waarom luistert de VVD dan niet ook naar de opvattingen van die andere mensen?

De heer **Rutte** (VVD): Of dat echt niet gebeurt, betwijfel ik. Als luisteren naar het veld een te smal pad is geweest, moeten wij dat wat verbreden. Daar verzet ik me sowieso niet tegen.
Ik ga afronden. Ik heb nog een punt ten aanzien van de Tijdelijke wet ambulancezorg. Die lijkt te verhinderen dat een deel van het besteld vervoer eventueel per aangepaste gespecialiseerde zorgtaxi kan plaatsvinden. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan vervoer van patiënten die van en naar het ziekenhuis moeten voor een chemokuur. Die mogen op dit moment niet met een zorgtaxi vervoerd worden. Dat moet per se nog met een ambulance, terwijl dat prima met een zorgtaxi kan. Dat lijkt toch een beetje op een vorm van verspilling. Ziet de Minister mogelijkheden om toch ruimte te maken voor deze vorm van patiëntenvervoer, of wordt dat verhinderd nu de Tijdelijke wet ambulancezorg met twee jaar wordt verlengd?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Iedereen heeft recht op goede en tijdige acute zorg. In 2012 heeft mijn fractie gevraagd om duidelijkheid over de toekomst van de ambulancezorg en dus een korte tijdelijke wet. Die duidelijkheid komt er ook nu nog niet, want de tijdelijke wet wordt met twee jaar verlengd. Er is meer tijd nodig voor weloverwogen keuzes. Er liggen nog vier scenario's op tafel. Die zijn al genoemd door mevrouw Leijten, dus die zal ik niet herhalen. De Minister geeft aan dat in elk geval de huidige situatie niet houdbaar is. Kan zij dat nog eens nader toelichten? Ik zag namelijk niet terug in haar brief wat zij daar precies mee bedoelt. Betekent dat dan dat zij vindt dat wij met de huidige wet nog twee jaar in een situatie verkeren die eigenlijk onwenselijk is? Kan de Minister aangeven wat zij concreet gaat doen om de komende twee jaar tot dat weloverwogen breed gedragen besluit te komen, zodat wij niet nog een keer de tijdelijke wet moeten verlengen?
Als het gaat om een breed gedragen besluit, vraag ik de Minister of zij bereid is om ook het ambulancepersoneel bij haar besluitvorming te betrekken. Wij kregen zojuist een petitie aangereikt waarin het ambulancepersoneel ons vroeg of het niet goed zou zijn om een taskforce in te richten die kijkt naar de toekomst van de ambulancezorg. Hoe kijkt de Minister daartegen aan? De Minister spreekt haar voorkeur uit voor de scenario's 1 en 4, zoals al eerder is gezegd. Zijn dat dan de enige scenario's die zij uitwerkt? Wat doet zij met de andere twee? Ik zou er erg voor zijn als zij ook daarnaar kijkt.
Ik wil de Minister twee zaken meegeven. Mijn fractie vindt dat kwaliteit in de nieuwe wet leidend moet zijn. Op welke manier neemt de Minister het criterium kwaliteit mee en vult zij dat in de komende twee jaar? Kwaliteit is immers meer dan de aanrijtijdnorm. D66 vindt het ook heel belangrijk dat in het nieuwe model innovatie mogelijk is. Dat vraagt om ruimte voor experimenten en onderzoek. Ik krijg graag de toezegging van de Minister dat zij dat zal waarborgen.
Ik kom op de traumazorg. Recent onderzoek toont aan dat traumacentra de expertise eigenlijk het beste kunnen waarborgen als zij zo'n 650 patiënten behandelen. In Nederland zouden er wij in plaats van de elf

traumacentra die wij nu hebben, dan maar drie of vier nodig hebben. Het samenvoegen van traumacentra levert niet alleen lagere kosten op – het openhouden ervan met alle apparatuur is duur – maar levert ook een kwaliteitsverbetering op. Graag zou ik van de Minister horen hoe zij daartegen aankijkt.
In Nederland hebben wij op 95 plekken een Spoedeisende Hulp. Dat is veel. Ik pleit zeker niet voor minder SEH's in landelijke gebieden. Zes of meer Spoedeisende Hulpposten in Amsterdam en Rotterdam is echter wel wat veel van het goede. Daar hebben wij al vaker met de Minister over gesproken. De landelijke spreiding kan een stuk beter. Op welke manier realiseert de Minister dit? D66 is voorstander van een huisartsenpost op de Spoedeisende Hulp zodat mensen die onnodig naar de Spoedeisende Hulp komen er snel uitgepikt kunnen worden en niet onnodig in de tweede lijn terechtkomen. Nu blijkt dat op 71 van de 95 Spoedeisende Hulpen een huisartsenpost is, en dus op 24 niet. Weet de Minister hoe dat komt? Het is wat D66 betreft erg belangrijk dat juist daar waar een SEH-post sluit voldoende mensen huisartsenzorg dichtbij kunnen krijgen voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Dan refereer ik ook aan Antoniushove, dat zich zojuist bij de Kamer heeft gemeld en heeft aangegeven hoe belangrijk het is dat bij deze besluitvorming ook het lokale bestuur en de bewoners betrokken worden.
In krimpregio's is het belangrijk dat ambulances zijn uitgerust om ook hooggespecialiseerde zorg te kunnen leveren. Vorig jaar juli gaf de Minister aan dat de uitrusting van ambulances en de normen daarvoor door het veld zelf worden gemaakt. Kan zij samen met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) kijken hoe deze rol kan worden uitgebreid in de krimpregio's?

Voorzitter: Leijten

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ambulancemedewerkers redden levens. Zij redden levens doordat zij in heel moeilijke tijden in heel ingewikkelde situaties, vaak in crisissituaties, cool moeten blijven en medisch, maar ook sociaal moeten doen wat nodig is. Zij zien daardoor ook de stand van het zorgland. Hoe gaat het met mensen? Wat zijn de ontwikkelingen in de zorg? Wat betekenen die voor mensen? Ik heb daar heel veel waardering voor. Deze mensen hebben veel kwalitatieve informatie over wat er gebeurt in het zorgveld. Zij weten heel goed op welke manier de kwaliteit van ambulancezorg behouden kan blijven en kan worden vergroot. Bij de beoordeling van de ambulances, gaat het echter om techniek. Het gaat om aanrijtijden, om structuur en om het proces en niet over kwaliteit, terwijl dat is wat deze mensen graag willen. Herkent de Minister dat? Ziet zij in een nieuwe Wet ambulancezorg mogelijkheden om die kwaliteit centraal te stellen?
Een ander punt betreft de overdracht. Als ambulancemedewerkers een patiënt hebben overgedragen aan het ziekenhuis, kan het soms best nuttig zijn om teruggekoppeld te krijgen of de indicatie goed was, of zij het juiste hebben gedaan en wat er beter kan. Door de verschillende zorgwetten en de privacy is dat momenteel niet mogelijk, tot frustratie van in elk geval de ambulancemedewerkers met wie ik heb meegelopen. Waarom gelden voor ziekenhuizen allerlei kwaliteitsvoorwaarden, maar voor ambulances niet? Het zijn immers eigenlijk tegenwoordig rijdende ziekenhuizen. Het kan de medewerkers helpen en het kan de kwaliteit behouden en vergroten.
Wij hebben net een petitie gekregen. Mij collega's wezen er al op. Kwaliteit, samenwerking en een goede overdracht zijn de zaken waar het de ambulancemensen om te doen is. Zij staan voor hun vak. Hun beroepseer wordt vergroot als die zaken centraal komen te staan in plaats van te veel de techniek. Op welke manier wil de Minister dit meenemen in de nieuwe wet? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat bij het schrijven van de

nieuwe wet, die uitgesteld is, de ambulancemedewerkers echt aan tafel komen te zitten? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat de ervaring van patiënten, zoals het Nictiz (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) zegt, wordt meegenomen in de wet? Het gevoel dat breed leeft, is dat er over de hoofden van de mensen om wie het gaat, patiënten en verpleegkundigen, allerlei besluiten worden genomen, terwijl zij zich daar niet in herkennen.
Ik kom op de meldkamer. Goede ambulancezorg start in de meldkamer. Er is al heel lang een discussie gaande over de vraag of wij algemene centralisten willen hebben of witte jassen in de meldkamer. In het vorige algemeen overleg heeft de Minister de PvdA toegezegd dat er een witte jas in de meldkamer blijft. Het gaat immers om een kwalitatieve beoordeling van wat voor type ambulance met welke snelheid ergens heen moet gaan. Het valt ons op dat je als je 's avonds met spoed hulp nodig hebt, of het nu ouderenzorg, jeugdzorg, ggz of een ambulance is, allerlei verschillende nummers moet bellen. Is het in de discussie over een landelijke meldkamer niet interessant om te onderzoeken of de witte kolom versterkt kan worden, namelijk dat er één nummer komt voor allerlei typen zorg en dat vervolgens aan de achterkant van dat nummer wordt gekeken wie nu ergens heen moet in plaats van dat alles op een hoop wordt gegooid en er een grijze centralist op wordt gezet die algemene vragen stelt? Is de Minister bereid om hier onderzoek naar te laten doen?
Een ander punt is de privacy rondom het doen van een melding bij 112. Als je 112 belt, komt in bepaalde regio's je adres op internet te staan. Soms heeft dat het heel vervelende gevolg dat je huis leeg wordt gehaald door een inbreker als je meegaat met de ambulance. Het kan ook zijn dat je je niet goed voelt als je in een bos loopt. Als je dan 112 belt en je kunt niet uitleggen waar je bent dan kan de politie uitpeilen waar je bent zodat je gevonden kunt worden, maar de 112-centralist niet in bepaalde regio's. Dat is natuurlijk heel raar, want het gaat echt om mensenlevens. Via Twitter krijg ik allerlei suggesties van mensen die zeggen in welke regio's het wel en niet kan. Ik stel hier al drie jaar vragen over. Wanneer wordt de discussie over meldkamer beslecht? Als die nog heel lang voortgaat, hoe kunnen wij er dan voor zorgen dat de privacy van mensen wordt gewaarborgd waar het gaat om hun huisadres en dat mensen gewoon vindbaar zijn? Zowel de centralist als de ambulancemedewerker wil gewoon meteen uitrukken als iemand hulp nodig heeft. Het is heel frustrerend als iemand niet geholpen kan worden omdat hij niet gevonden kan worden.

De **voorzitter**: Bent u aan het einde van uw betoog, mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nee, nog niet. Ik sluit me aan bij de vragen die zijn gesteld over de huisartsenpost bij Antoniushove. Hoe kan het zijn dat zowel medewerkers als inwoners niet betrokken zijn bij het besluit? Ik zie dat mijn tijd nu echt op is, dus ik bewaar de rest van mijn vragen voor de tweede termijn.

De **voorzitter**: Ik ben als voorzitter coulant voor mevrouw Bouwmeester. Het is namelijk haar laatste dag voordat zij met bijzonder verlof mag. Deze voorzitter heeft echter toch nog een vraag aan haar. Het kon toch niet ontbreken. Ik was nogal verbaasd toen wij afgelopen vrijdag een brief kregen waarin stond dat Onze Minister na een lang beraad over een onderzoek naar aanbestedingen en aanbestedingen geen besluit kon nemen tussen aanbesteden en aanbesteden. Hoe kijkt de PvdA daar nu precies tegen aan? Welke variant van aanbesteden had zij het liefst gewild? Of is zij eigenlijk wel blij met het uitstel van een nieuwe Wet ambulancezorg?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De PvdA wil graag een ambulancezorg die publiek wordt aangestuurd, waarin samenwerking centraal staat en waarin de medewerkers van de ambulance en de patiënten om wie het gaat een sterke stem hebben waar het gaat om de kwaliteit. Die variant zouden wij graag uitgezocht willen hebben. Die variant ligt er nog niet, maar wij hebben nog twee jaar. Volgens mij moeten wij die tijd goed gebruiken. Wij hebben, zoals gezegd, net een petitie gekregen waarin de mensen van de ambulance heel duidelijk zeggen dat zij weten wat goed is en dat zij weten hoe het beter kan. Zij vragen om naar ze te luisteren en ze aan tafel te zetten. De taskforce is al even genoemd. Het maakt de PvdA niet uit hoe, maar op die manier moeten wij verder kijken naar de toekomst van de ambulancezorg. In de komende twee jaar zal er veel onrust zijn, wat vervelend is voor partijen. Wij moeten die tijd goed benutten. Hoe opener en transparanter het proces wordt georganiseerd, hoe groter de kans dat kwaliteit de boventoon gaat voeren.

De **voorzitter**: Ik vind het erg interessant om te horen dat mevrouw Bouwmeester voor publieke aansturing is, want dat is nu juist een variant die niet op tafel lag. Ik zie nu dat het uitstel ergens vandaan is gekomen. Als er nu een voorstel komt van de Kamer, van mevrouw Bruins Slot of van mijzelf, om de publieke variant goed te zoeken en om die eerlijk mee te nemen in de besluitvorming, kan ik er van uitgaan dat ik dan wel haar steun kan krijgen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Onze steun gaat eigenlijk veel verder dan alleen de publieke variant. Wij moeten voorkomen dat wij alleen in een stelseldiscussie blijven hangen, in een discussie over hoe het moet worden georganiseerd. Het gaat vooral om kwaliteit en om samenwerking. Wij moeten ervoor zorgen dat de kwaliteit en de wensen van mensen weer centraal komen te staan. Als wij als politiek ergens voor moeten waken, is dat wij een stelseldiscussie gaan beginnen. Wij moeten toe naar de uitkomst. Ambulances zijn inmiddels kleine rijdende ziekenhuizen geworden. De kwaliteit ervan is enorm verbeterd. Er zijn heel veel mensen die zeggen dat het eigenlijk nog veel beter kan. Geef ze daar de ruimte voor en zorg dat dat in een nieuwe variant wordt uitgewerkt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank mevrouw Bouwmeester voor de helderheid. Begrijp ik het goed dat zij zegt dat overige twee varianten ook moeten worden uitgezocht om een goede afweging te kunnen maken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ja, die zijn interessant om uit te zoeken. Ik heb echter vandaag nieuwe informatie gehoord die ik ook uitgezocht zou willen hebben. Wij kunnen zeggen dat wij de vier varianten die er waren, uitgezocht willen hebben. Wij hebben nu echter nieuwe informatie binnengekregen. Laten wij dan vooral kijken op welke manier die een meerwaarde heeft. Als een taskforce heel goed helpt, laten wij dat dan vooral doen. Wij zitten daar dus heel pragmatisch in. Kwaliteit, samenwerken en mensen moeten centraal staan. Zo'n variant – daar mogen er 30 van worden uitgewerkt – willen wij graag de komende twee jaar uitgewerkt zien worden, zodat die twee jaar niet worden verspild, maar er echt een kwaliteitsslag gemaakt kan worden.

Voorzitter: Bouwmeester

De vergadering wordt van 15.32 uur tot 15.40 uur geschorst.

De **voorzitter**: De Minister begint met haar betoog. Ik sta twee interrupties per persoon toe. Als zij kort zijn, kunnen het er misschien drie worden.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De acute zorg in Nederland is cruciaal en die moeten wij dus goed organiseren met elkaar. De besluitvorming daarover moet zorgvuldig zijn. Wij hebben indertijd niet voor niets gekozen voor een tijdelijke wet. Die Tijdelijke wet ambulancezorg, die in 2013 van kracht is geworden en in 2018 zou vervallen, is ingesteld in verband met een aantal zaken. Ten eerste waren er Europeesrechtelijke aspecten. Ten tweede waren er ontwikkelingen in de acute zorg. Er werd een kwaliteitskader ontwikkeld door het Zorginstituut en er was discussie over de rol van de zorgverzekeraars. Ten derde was er de vorming van de landelijke meldkamerorganisatie.
In de afgelopen periode is er overlegd met de sector en met zorgverzekeraars over wat er moet gebeuren na deze tijdelijke wet. Uit dat overleg werd duidelijk dat de ambulancezorg in Nederland over het algemeen goed functioneert. Er is geen reden voor grootschalige wijzigingen. Het werken met één regionale ambulancevoorziening per veiligheidsregio verloopt goed. Voor iedereen is heel duidelijk wie aan zet is bij hulpverlening bij spoedeisendehulpvragen of bij grootschalige hulpverlening en er gaat geen tijd verloren. Er is bovendien geen behoefte aan schaalvergroting in de uitvoering van de ambulancezorg, want de huidige schaalgrootte geeft ruimte om in te kunnen spelen op de lokale situatie rond de zorgvraag en het zorgaanbod. De verantwoordelijkheid van de RAV (regionale ambulancevoorziening) voor zowel de meldkamer ambulancezorg als voor de rijdende dienst verbetert de kwaliteit en de doelmatigheid.
Natuurlijk kunnen er ook zaken beter. De aanrijtijden voldoen in veel regio's nog niet aan de gestelde norm, al zit er wel verbetering in. Met de sector en verzekeraars wordt bezien hoe die verder te verbeteren zijn.
Mevrouw Dijkstra vroeg waarom wij van die tijdelijke wet geen definitieve wet kunnen maken. Daar heb ik een aantal redenen voor. Ik heb er al eentje genoemd, namelijk dat het Europeesrechtelijk niet houdbaar is. Dat is geen vraag. Daar is ongeveer iedereen het wel over eens. Er is echter ook een tweede punt. Wij zitten nu een beetje in een systeem van vlees noch vis. Verzekeraars maken onvoldoende gebruik van hun positie. Dat kun je zien bij die aanrijtijden. Wij vinden dat zij onvoldoende sturen op kwaliteit en transparantie en op kosten en doelmatigheid. Wij denken dat die prikkels echt in het systeem gebracht moet worden, dat het anders moet. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de verzekeraars, dus die zal die rol zeker spelen. Dit is echter iets wat wij met elkaar constateren. Ik vind dat andere partijen zich ook periodiek moeten kunnen kwalificeren, omdat dat dat een stimulans met zich meebrengt voor alle partijen om te blijven zoeken naar verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb een punt van orde. De Minister zegt dat ik heb gevraagd waarom die tijdelijke wet niet wordt gehandhaafd, waarom die niet permanent wordt gemaakt. Dat heb ik niet willen zeggen. Ik weet niet of de Minister nu twee dingen door elkaar haalt. Ik heb dat nergens gezegd, als ik me niet vergis. Ik heb een paar vragen gesteld aan de Minister, waarbij ik heb gezegd dat ik eerder een pleidooi heb gehouden voor een kort tijdelijke wet zodat wij snel weten waar wij precies aan toe zijn. Dat lukt niet en dat begrijp ik ook. Ik begrijp de overwegingen van de Minister. Vervolgens heb ik gevraagd om te kijken naar meer scenario's dan alleen 1 en 4. Dit even voor de duidelijkheid.

De **voorzitter**: Dank. Ik zie dat mevrouw Leijten een vraag heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als de ambulance uitrijdt en die ter plaatse komt in vijftien minuten en vijftien seconden en er een leven gered wordt of iemand op een goede manier gestabiliseerd wordt, is dat dan slechte zorg?

Minister **Schippers**: Nee. Je kunt niet zeggen dat dat slechte zorg is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat lijkt me ook niet. Toch zijn er ambulancediensten die de afgesproken norm voor de aanrijtijden niet halen, het percentage niet halen, en dan een korting krijgen van de zorgverzekeraar. Is dat volgens de Minister de manier waarop op kwaliteit moet worden gestuurd? Wij hebben die norm overigens echt nodig, omdat die je uitdaagt. Je moet altijd nadenken over de vraag of er voldoende ambulances op de weg zijn en of de spreiding van ambulanceposten wel voldoende is. Is het op tijd aankomen een goed afrekenmechanisme? Denkt de Minister dat dat de kwaliteit in beeld brengt?

Minister **Schippers**: Nee, het gaat om het totaal aan zorg die wordt geboden. Ik kom daar straks nog op terug. Het is natuurlijk van groot belang dat wij veel meer inzicht krijgen in kwaliteit en kwaliteitsindicatoren. Daar wordt nu ook hard aan gewerkt. Wij hebben wel normen met elkaar afgesproken. Dat hebben wij niet zomaar gedaan. Ik heb al eerder gezegd dat de 45 minutennorm helemaal niet wetenschappelijk onderbouwd is. Wij hebben zulke goede ambulances waar zo veel techniek en kennis in zitten, dat wij die 45 minutennorm helemaal niet zouden hoeven hebben. Je zou de kwaliteit ook op basis van andere gegevens kunnen beoordelen. Soms is het heel goed als een ambulance niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaat, maar even doorrijdt naar een ander ziekenhuis omdat daar andere deskundigheden aanwezig zijn. Waarom heb ik die 45 minutennorm gehandhaafd? Dat heeft vooral de maken met de spreiding van de ziekenhuizen. Ik vind het van belang dat wij in dit land niet een paar grote ziekenhuizen hebben en dat dat het is. Voor de spreiding van de ziekenhuizen is dit een kunstmatige norm, zoals ik al jaren zeg. Ik wil eraan vasthouden, met name vanwege de ziekenhuizen. De 45 minutennorm die wij met elkaar hebben afgesproken, heeft dus met name met de spreiding van ziekenhuizen te maken.
Er is goed nagedacht over de vormgeving. Allerlei scenario's zijn de revue gepasseerd. Ik heb de Kamer daar vorig jaar per brief over geïnformeerd. Deze scenario's zijn ook besproken met V&VN Ambulancezorg, de vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden in de ambulancezorg, met het Landelijk Platform Ondernemingsraden AmbulanceZorg (LPOAZ), met Zorgverzekeraars Nederland, met de werkgevers en met Ambulancezorg Nederland (AZN). Voor beide andere scenario's was gewoon onvoldoende draagvlak. In de gesprekken zijn ook de lopende ontwikkelingen in de acute zorg en de ontwikkeling van de landelijke meldkamerorganisatie aan de orde geweest. Op beide fronten bestaat nog veel dynamiek, zo veel dynamiek dat ik van mening ben dat wij de tijd moeten nemen voor een structurele toedeling van verantwoordelijkheden in de ambulancezorg en dat wij die besluiten dus wat later moeten nemen.
Ik vind het van groot belang dat wij, voordat wij die besluiten nemen, heel scherp hebben hoe de verzekeraars hun rol in die acute keten het best kunnen vervullen en hoe het proces op de meldkamer er precies uitziet. Ik realiseer mij overigens wel dat ik met het uitstel ook de mogelijkheden voor toetreding uitstel. Ik realiseer mij ook dat er partijen zijn die graag willen toetreden, maar ik wil die toetreding niet langer dan strikt noodzakelijk beperken. Ik wil de wet daarom maar voor twee jaar verlengen. Ik heb dus niet besloten om de wet weer vijf jaar te verlengen. Die twee jaar acht ik haalbaar gezien de acties die het Zorginstituut in gang heeft gezet rond het kwaliteitskader acute zorg en de heroriëntatie van het meldkamerproces.
Dat kwaliteitskader acute zorg vind ik ontzettend belangrijk. Wij zitten in het proces waarin verzekeraars op de spoedeisende hulp eerst zelf een kader hebben vastgesteld. De ACM heeft gezegd: dat zien wij toch anders; geef ons een reden waarom u dat gemeenschappelijk zou moeten doen. De eerste taak waarbij het Kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht heeft

kunnen laten zien was op de spoedeisende hulp. Het is nu druk bezig met het doorontwikkelen van het kwaliteitskader. Het gaat ons er allemaal om dat wij een goed kwaliteitskader krijgen. Ook de heroriëntatie op het meldkamerproces loopt nog even. Ik verwacht dat die trajecten in de loop van 2017 veel helderder worden. Dan kun je een veel gefundeerdere keuze maken over de gewenste ordening.
Neem ik de kwaliteit en vooral de innovatieruimte mee de komende tijd? Snelle aanrijtijden zijn in de acute zorg natuurlijk van groot belang, maar ambulancezorg is veel meer dan dat. De ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren en de meldkamer krijgen de meeste aandacht van mij. De sector heeft daar de afgelopen periode aan gewerkt. Vanaf 2016 zullen indicatoren worden uitgevraagd. Die zullen in 2017 worden gepubliceerd. Daarmee ontstaat een breder beeld van de kwaliteit die geleverd wordt. Naast inzicht in de aanrijtijden krijgen wij dan een veel gebalanceerder beeld van de kwaliteit en de ervaringen van patiënten met zowel spoedzorg als gepland vervoer. Daarmee kun je de eenzijdige focus, die wij nu hebben op de aanrijtijden, verschuiven naar een veel evenwichtigere beoordeling. Binnen de huidige bekostiging is er overigens ook ruimte voor innovatie. Verzekeraars en de RAV's (Regionale Ambulance Voorzieningen) kunnen daar afspraken over maken. Dat doen ze nog onvoldoende. Daar zouden ze meer gebruik van kunnen maken. Het kan nu dus al.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat het allemaal in overleg met de sector gebeurt. Doelt zij daarmee ook op het personeel in de sector? Wij zijn allemaal, inclusief de Minister, mee geweest op een ambulance en hebben gezien hoezeer het personeel zelf zicht heeft op wat er beter kan, wat anders zou moeten en wat de kwaliteit verhoogt.

Minister **Schippers**: Dat klopt. Ik heb ook de plezierige gelegenheid gehad om een paar keer mee te rijden op een ambulance. Ik vind het geweldig mooi werk. Ik kom daar altijd ontzettend betrokken mensen tegen. Wij hadden de beroepsvereniging er al bij betrokken. Ik kan toezeggen dat wij de werknemers in het verdere traject erbij betrekken. Misschien is dat een dubbel lidmaatschap, zal ik maar zeggen, maar dat zullen wij doen. Wij hebben twee jaar extra, dus dat kan ook.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Heeft de Minister al een idee over de vorm waarin dat gaat gebeuren?

Minister **Schippers**: Over dit onderwerp overleggen wij, net als ieder ander onderwerp, heel intensief met alle partijen. Daarvoor nodigen wij de werknemers ook uit. Door de beroepsvereniging uit te nodigen hadden wij die betrokkenheid geregeld, maar wij zullen de werknemers er nu ook bij betrekken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat staat nergens in de stukken.

Minister **Schippers**: Maar het is wel zo.

De **voorzitter**: Ik heb zelf een vraag hierover, namens de Partij van de Arbeid. Formeel zijn mensen meegenomen, maar in de praktijk horen wij dat mensen zich niet meegenomen voelen. Het is dus goed dat de Minister toezegt naast de beroepsverenging ook de medewerkers mee te nemen. Dan is nog wel de vraag op welke manier dat gebeurt zodat hier straks allemaal tevreden mensen zitten die zich gehoord voelen. Ik had het net over het Nictiz-onderzoek, maar het is het NIVEL-onderzoek. Dat zegt dat de patiëntenervaringen niet worden meegenomen. Maar het is enorm krachtig als je de ervaringen van patiënten en de medewerkers bundelt,

misschien nog wel krachtiger dan wanneer je een koepel vraagt: wat wilt u in het kwaliteitskader meenemen?

Minister **Schippers**: Dat laatste zit in het traject van het Zorginstituut. Verschillende partijen leveren daar een bijdrage aan. Bij kwaliteit is het ondenkbaar dat je de ervaringen van patiënten niet meeneemt; ik neem aan dat u daarop doelt. Bij de kwaliteitsnormenontwikkeling die momenteel bezig is, worden wel degelijk patiënten betrokken.

De **voorzitter**: Dat is interessant, want het NIVEL zegt letterlijk: de ervaring van patiënten wordt nog te weinig ingezet. Als de Minister toezegt dat er een traject wordt bedacht om naast medewerkers patiënten erbij te betrekken en dat zij dat terugkoppelt, dan ben ik een heel tevreden mens.

Minister **Schippers**: Het is ondenkbaar dat patiëntervaringen niet bij kwaliteit worden betrokken. Dat is van het begin af aan ook de insteek geweest van het Kwaliteitsinstituut. Bij de kwaliteitsindicatoren houden wij daar expliciet rekening mee. Dus dat dat daadwerkelijk gebeurt, is een makkelijke toezegging.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een punt van orde. Ik heb hier de brief waarin de Minister de verschillende toekomstscenario's schetst en aangeeft hoe zij die verder wil uitwerken. Daarin noemt ze als gesprekspartners alleen maar AZN en ZN. Nergens ben ik het personeel of de beroepsvereniging tegengekomen.

De **voorzitter**: Kunt u het kort houden, aangezien het een punt van orde is?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja. Waar kunnen wij dat terugvinden en op welke plekken heeft zij dat dan gedaan?

Minister **Schippers**: Dat is een omissie in de brief, want wij hebben gesproken met het Landelijk Platform Ondernemingsraden Ambulance Zorg, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, AZN en ZN.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij opgehelderd. De Minister vervolgt haar betoog. Mevrouw Leijten, wilt alsnog interrumperen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit wordt een flauw welles-nietesspelletje. Wij krijgen een uitgebreide brief over toekomstscenario's, waarin staat: gesprekspartners AZN en ZN; daar werk ik het in nauw overleg mee uit. Waarom schrijft de Minister niet dat er wel degelijk ook met het personeel is gesproken? Waarom herkent het personeel dat dan niet? En wanneer is er dan precies met ze gesproken? In het voortraject worden ze namelijk niet genoemd.

Minister **Schippers**: Ik hoor mijn ambtenaren snuiven. Dat is ook wel begrijpelijk. Het is een omissie in de brief. Dat kan gebeuren. Er is met mensen gesproken. Wij noteren dat allemaal, dus als mevrouw Leijten de datum wil weten, dan kunnen zij dat best opzoeken en laten weten. Het is een omissie in de brief. Het staat er niet in, maar die mensen zijn in dat kader wel gesproken. Daarnaast heb ik toegezegd dat in de komende twee jaar nog veel gesprekken zullen volgen, want er zijn allerlei dingen in beweging ten aanzien van de kwaliteit, de meldkamer en het zorglandschap. Er is nog een heel traject te gaan, waarin ik expliciet werknemers zal meenemen.
Waarom zou ik over twee jaar wel in staat zijn om een keuze te maken? Als ik die trajecten zo bekijk, ben ik van mening dat wij in de loop van

2017 al tot conclusies kunnen komen. Wil ik ook andere scenario's verkennen? Tot nu toe bleek daarvoor weinig draagvlak. Wij zullen die gesprekken vervolgen en de mogelijkheden en alternatieven bekijken. Er was voor mij ook minder aanleiding voor omdat het regeerakkoord stelt dat wij een zorgsysteem hebben dat in principe uitgaat van competitie tussen aanbieders. Ik heb dus geen keuze voorgelegd die heel erg vreemd is aan het systeem. Gelet op het draagvlak vond ik de scenario's die ik heb voorgelegd zeer passen bij de manier waarop wij de zorg verder hebben ingericht.
De publieke uitvoering van de ambulancezorg zou het vraagstuk van aanbesteding kunnen oplossen, want de ambulancezorg wordt dan uitgevoerd door een overheidspartij. In dat geval zijn de regels van de interne markt ook niet van toepassing. Van die regels hebben wij nu, met de tijdelijke wet, last. Dat geldt alleen als deze publieke partij zelf de ambulancezorg gaat uitvoeren. Voor de volledigheid: in veel van de huidige regio's wordt de ambulancezorg uitgevoerd door private ambulancediensten. Als de publieke partij voor de uitvoering andere partijen zou willen inschakelen, bijvoorbeeld bestaande private ambulancediensten, dan komt het aanbestedingsvraagstuk weer terug. Ook deze publieke partij zal immers aanbestedingsplichtig zijn. Dit model zal een forse ingreep betekenen in de ordening en inrichting van ons zorgsysteem. Traditioneel wordt de ambulancezorg in Nederland voor een groot deel uitgevoerd door private partijen, die veelal actief zijn in het reguliere personenvervoer. Die partijen hebben aangetoond dit goed te kunnen doen. De ambulancezorg staat op een hoog niveau in Nederland. Ik heb absoluut geen signalen dat private partijen het beter of slechter doen dan publieke partijen als GGD's of veiligheidsregio's die ambulancezorg aanbieden.
Daarbij zou dit ook betekenen dat wij de ambulancezorg als het ware lostrekken uit de Zorgverzekeringswet en daarmee een schakel in de acute zorgketen onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars vandaan halen. Nationalisering van de ambulancezorg is mij om die reden veel te ingrijpend. Het doet geen recht aan de ervaringen van de afgelopen decennia. Daarom heb ik dat scenario niet verder uitgewerkt.

Mevrouw **Leijten** (SP): De redenering van de Minister is: wij hebben een zorgstelsel met aanbieders die met elkaar in competitie zijn, dus dat doen wij in de ambulancesector ook. Dat is heel consistent. Zo kennen wij de Minister. Alleen, zo hebben wij de ambulancezorg nu niet georganiseerd. Sterker nog, dit is al een paar keer eerder geprobeerd. Minister Borst en Minister Klink hebben het geprobeerd. Toen was er een woordvoerder van de VVD die zei: geen aanbestedingsavonturen en geen marktwerking met concurrerende aanbieders. Vervolgens stemde de VVD tegen een wet die de ambulancezorg via aanbestedingen en marktwerking moest organiseren. Dit was Kamerlid Schippers. De samenwerking zou moeten worden verbeterd en op basis van benchmarking zou de kwaliteit moeten worden verbeterd. Een goed idee, maar nu heeft de Minister de tijd genomen voor die tijdelijke wet om scenario's op een rij te zetten. Het zijn vier scenario's; ik heb ze beschreven. Twee daarvan hebben haar voorkeur. Prima. Nu zegt ze: ik wil er één absoluut niet. Maar als je zegt dat er vier scenario's mogelijk zijn en dat je ze open voorlegt aan het parlement, waarom onderzoek je ze dan niet alle vier?

Minister **Schippers**: Omdat ik zelf ook nog wel een mening heb. Ik zeg niet: je kunt acht dingen doen; het scenario met de meeste vinkjes ga ik uitvoeren. Je moet erover nadenken. Ik heb geen zin om private ambulancevoorzieningen, die hun werk goed doen, te nationaliseren. Daar zie ik geen aanleiding toe. Die private partijen doen het namelijk ook hartstikke goed. Dat vind ik een veel te drastische ingreep.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat vind ik een zeer helder antwoord. Dat is ook het eerlijke antwoord: de Minister heeft er geen zin in. Daarom heeft ze ze niet uitgezocht, want het is gek om te zeggen dat er geen draagvlak voor is. Er is nooit draagvlak geweest voor marktwerking en aanbesteding in de ambulancesector. De VVD was in een voorgaande periode bij monde van dezelfde persoon in een andere functie hartstikke tegen, zoals zo'n beetje de hele politiek. Ze beschrijft twee publieke scenario's, waarin nationalisering eigenlijk helemaal niet genoemd wordt. Maar goed, de Minister heeft nu tijd gekocht; het scenario dat haar voorkeur heeft, heeft volgens haar draagvlak. Is zij bereid om die andere twee scenario's ook uit te werken, aansluitend bij de redenering dat de nationale politie ook publiek is geregeld? Dat doen wij dan ook met de ambulancezorg, omdat het een zaak...

De **voorzitter**: Dit wordt bijna een tweede termijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): ... van nationaal belang is.

Minister **Schippers**: Zo kijk ik helemaal niet naar de ambulancezorg, want ambulancezorg is zorg. Ik wil dat die in de zorgketen blijft functioneren. De meeste ritten zijn geen spoedritten, maar gewoon ritten in het kader van de zorg. Ik wil dat zij dus integraal deel uitmaken van de zorg en niet apart worden gezet in een apart systeem dat geen enkel raakvlak heeft met het systeem volgens het welke de zorg is georganiseerd. En nee, ik wil geen concurrentie in de ambulancezorg. Ik wil niet dat je, als je ergens ligt, maar moet zien welke van de concurrerende ambulances naar je toekomt, jou van de straat plukt en ergens heen rijdt. Ik ben er wel een voorstander van dat wij het ordentelijk organiseren en dat je zegt: in dit gebied hebben wij die ambulance en die rijdt. Ik ben er geen voorstander van dat wij allerlei bedrijven krijgen die elkaar gaan beconcurreren op wie er het eerste is. Ik zie er absoluut geen voordeel in om dat allemaal zelf uit te gaan voeren, ik zie geen draagvlak voor dat scenario en het past niet bij het regeerakkoord. Dus ik zie eigenlijk alleen maar argumenten om het niet te doen.
Mij is gevraagd naar de juridische problemen bij verlenging van de wet. Door verlenging van de wet wordt de toetreding tot de ambulancemarkt iets langer uitgesteld. Ik acht dat overigens gerechtvaardigd, gezien de nog bestaande onzekerheden in de acute zorg en de meldkamer. Wij hadden verwacht binnen drie jaar duidelijkheid op deze punten te hebben. Dat blijkt niet het geval. Om toetreding niet langer dan strikt noodzakelijk te beperken wil ik de verlenging van de tijdelijke wet tot een minimum beperken. Daarom kies ik ook voor een verlenging van twee jaar in plaats van nog een keer vijf jaar.
Dat neemt niet weg dat wij in een vrije samenleving wonen en dat een belanghebbende daar bezwaar tegen kan maken en een rechtsgang kan starten. Dan is het aan de rechterlijke macht om daar een oordeel over te geven. Je weet natuurlijk nooit zeker wat daar uitkomt, maar ik zie dat met vertrouwen tegemoet, want ik vind dat de argumenten om dit besluit te nemen sterk genoeg zijn.
Er werd gevraagd naar de mogelijkheid om niet-spoedeisend vervoer door andere partijen uit te laten voeren. In de tijdelijke wet is geregeld dat zowel het spoedvervoer als het planbare vervoer is voorbehouden aan de regionale ambulancevoorziening. Ik wil vasthouden aan die combinatie om redenen van zowel doelmatigheid als kwaliteit. Deze combinatie maakt het mogelijk het spoedvervoer rendabeler uit te voeren door bestaande overcapaciteit van ambulances op bepaalde momenten op de dag. Daarnaast is de combinatie van acute en planbare ambulancezorg essentieel om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de acute ambulancezorg overeind te houden, simpelweg vanwege het aantal «vlieguren»:

de noodzaak om voldoende ritten uit te voeren om de vaardigheden van het ambulancepersoneel op peil te houden.
Wellicht is het wenselijk om de definitie van ambulancezorg wat aan te scherpen. Er zal alleen sprake moeten zijn van ambulancezorg als naar de mening van de meldkamercentralist of van de behandelend arts tijdens het vervoer medische of verpleegkundige verzorging of begeleiding nodig is. Als dat niet het geval is, zou alternatief vervoer zittend of liggend passend zijn. Ik kan kijken of wij dat bij de aanpassing van de wet kunnen meenemen.

De heer **Rutte** (VVD): Het was goed om de Minister even te laten uitspreken. Ik snap wel dat zij zegt dat je een balans moet hebben tussen spoedvervoer en besteld vervoer. Dat zorgt voor enige efficiency bij ambulanceorganisaties. Maar wij krijgen ook andere signalen. Ik gaf het voorbeeld van een patiënt die naar een chemokuur moet, maar met wie verder weinig aan de hand is. Die moet nu met besteld vervoer, met een ambulance, naar het ziekenhuis. Hij moet ook weer wachten op een ambulance om terug naar huis te gaan, terwijl dat ook zou kunnen met enigszins gespecialiseerd taxivervoer. Begrijp ik het goed dat de Minister wil bekijken of er aanpassingen mogelijk zijn om de begrenzing door te voeren waarbij bekeken wordt wanneer echt medische begeleiding nodig is en wanneer niet? Zo ja, per wanneer? Gaat dat in de definitieve wet gebeuren of kan het ook al binnen het kader van de huidige wet?

Minister **Schippers**: Wij zullen nader bekijken wat daar kan gebeuren en wat daar de consequenties van zijn, want het is van groot belang om het bredere geheel in zicht te houden en niet alleen op een onderdeel te focussen.

De heer **Rutte** (VVD): Daar ben ik ook heel erg voor. Ik vraag niet om ruige experimenten maar wel om heel kritisch te bekijken wanneer het zinnig is om een ambulance als besteld vervoer te laten rijden en wanneer niet. Kunnen wij eens kritisch kijken naar situaties waarin het echt niet zinnig is? Als wij er niet uitkomen, dan laten wij zoals het is, maar ik denk dat daarin wel een grens te trekken valt.

Minister **Schippers**: Prima.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vond de voorzichtige reactie van de Minister eigenlijk wel goed. Ik ben helemaal niet zo enthousiast over het idee van de VVD. Ik kan mij nog verhalen herinneren dat men heel veel moeite heeft gedaan om taxibedrijven uit de ambulancesfeer te krijgen. Als ik met centralisten en mensen van ziekenhuizen spreek, heb ik het idee dat er zeer zorgvuldig wordt gekeken naar de mensen die met de ambulance meegaan. Dus welk probleem denken de Minister en de VVD hiermee op te lossen?

Minister **Schippers**: Je moet altijd open kijken naar alternatieven, naar manieren waarop je het goed en kosteneffectief kunt doen. Je kunt daar dus naar kijken zonder dat je besluit het te doen. Het lijkt mij nooit verkeerd om daarnaar te kijken en ook de consequenties goed op een rijtje te zetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daar ligt de kern. Door de huidige mix van vervoer kan er een goede, efficiënte inzet zijn. Centralisten zijn er heel bedreven in om dat op een goede manier te doen en daarmee een bepaalde zekerheid te geven aan mensen die naar het ziekenhuis moeten. Ik wil ervoor waken dat wij een heel scala aan nieuwe oplossingen gaan bedenken voor iets wat in de praktijk niet als een groot probleem wordt ervaren. Welke balans zoekt de Minister?

Minister **Schippers**: Wij kijken naar een nieuwe wet en mij wordt verzocht om dit aspect mee te wegen, zorgvuldig te bekijken en de consequenties op een rij zetten. Ik zie niet in waarom ik dat niet kan doen. Dus ik zal dat meenemen en de consequenties op een rijtje zetten, maar de argumenten die mevrouw Bruins Slot geeft, had ik zelf ook al gegeven, namelijk dat er een brede toepassing is en dat het in de praktijk heel goed werkt. Dat ontslaat ons niet van de plicht om altijd door te blijven denken over de vraag of het nog beter kan.
Zie ik in de nieuwe wet mogelijkheden om de kwaliteit centraal te stellen? Ik ben het op dit punt erg met mevrouw Bouwmeester eens, maar daar hebben wij goede kwaliteitsindicatoren voor nodig. Die worden over 2016 voor het eerst uitgevraagd. Ik ga ervan uit dat deze indicatoren ook goed gebruikt kunnen worden bij de nieuwe vergunningverlening of contractering. Dat is een van de redenen waarom wij de wet hebben verlengd.
Mij is gevraagd om een reactie op de dreigende sluiting van de SEH-post bij het MCH Antoniushove in Leidschendam en de rol van het lokaal bestuur daarbij. Zoals al heel even in het begin is aangestipt, vind ik het van belang dat wij een goede spreiding hebben van ziekenhuizen, dus ook van spoedeisendehulpposten. Dat is precies de reden en ook de enige reden dat die 45 minutennorm er is. Die gaat om spreiding van ziekenhuizen. De ambulance van nu is echt niet meer te vergelijken met de ambulance van een aantal decennia geleden. Als de sluiting van de spoedeisende hulp van een ziekenhuis tot gevolg heeft dat het aantal inwoners toeneemt dat niet binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp kan zijn, dan is sprake van een gevoelig ziekenhuis voor de spoedeisende hulp. Het beleid is erop gericht dat dergelijke gevoelige spoedeisendehulpposten niet verdwijnen. Bij Antoniushove is geen sprake van een gevoelige spoedeisende hulp. Er zijn meerdere ziekenhuizen met een spoedeisende hulp in de nabije omgeving. De organisatie van de spoedeisende hulp in de desbetreffende regio is dan ook een zaak van de ziekenhuizen en betrokken zorgverzekeraars. Wij hebben hier al eerder debatten gevoerd waarin ik ziekenhuizen altijd heb opgeroepen om de betrokkenen te raadplegen bij dergelijke belangrijke beslissingen. De sluiting van een spoedeisende hulp is een belangrijke beslissing. Het is van belang dat omwonende patiënten en cliënten daar goed over worden geïnformeerd en bij worden betrokken. De NZa ziet toe op de naleving van de 45 minutennorm. Als iemand denkt dat niet aan de normen wordt voldaan, kan hij dat altijd melden bij de NZa. Hij kan uiteraard ook met het ziekenhuis contact opnemen of het Landelijk Meldpunt Zorg bellen.
Ik kom op de hap (huisartsenpost). Het beleid is er sterk op gericht dat wij bij de spoedeisende hulp ook een hap hebben. Die druk houden wij vrij goed op de ketel. Het liefst zitten die onder één dak en anders zo dicht mogelijk bij elkaar zodat mensen heel makkelijk eerst naar de hap kunnen voor ze naar de SEH gaan. Het is ook niet per se zo gekoppeld dat, als de SEH weggaat, ook de hap weggaat. Het is ook niet de overheid die bepaalt waar de hap zit. Dat bepalen de huisartsen, maar dat wordt ook vaak bepaald in overleg met andere spelers in de zorg, zoals een ziekenhuis of een spoedeisende hulp, of met een gemeente. Dat laatste is het geval als ergens vergunningen moeten worden verleend. Als de SEH verdwijnt, is het des te belangrijker dat er goede, bereikbare huisartsenzorg is en dat er over deze besluiten goed wordt overlegd met de lokale, regionale bestuurders en het personeel.
Hebben wij voldoende spoedeisendehulpposten? Het aantal SEH's in Nederland is zodanig dat wij 99,8% van de Nederlanders binnen de bestaande normen in het ziekenhuis kunnen krijgen. Wij zijn erg scherp op de handhaving van die norm.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister schetst hoe het zou moeten zijn: als een SEH sluit, zou het heel goed zijn als de huisartsenzorg voor de avond-, nacht- en weekenddiensten goed geregeld is. Maar bij de

Antoniushove zien wij nu juist dat daar met de SEH ook de huisartsenpost verdwijnt. Daar heeft de verzekeraar een rol in. Wie ziet erop toe dat dat goed geregeld wordt?

Minister **Schippers**: Ik begrijp dat er nog geen definitief besluit is genomen. Laten we niet vooruitlopen op besluiten die nog niet genomen zijn. De overheid gaat niet over huisartsenposten. Daarover wordt decentraal besloten. Wij proberen al een paar jaar zorginstellingen veel meer onderdeel te laten zijn van de gemeenschap. Met de nieuwe wet hebben we daar een heel grote stap in gemaakt. Daarin zeggen we: mocht je willen fuseren, doe dat dan niet op eigen houtje in je bestuurskamer, maar betrek je personeel, je patiënt en de gemeente erbij, want je bent als ziekenhuis geen ivoren toren. Dat hebben we heel sterk aangegeven in de huidige wet en bij andere grote besluiten, want of het nu gaat over acute verloskunde, een huisartsenpost of iets anders, je maakt deel uit van de gemeenschap. Ik ga er niet over, ik kan het niet afdwingen en ik heb ook geen enkel wettelijk middel, maar het is toch heel gewoon dat je over dit soort besluiten veel breder contact zoekt en veel breder met elkaar overlegt over hoe je het doet?
Wij hebben in Nederland een verplichting voor huisartsen om een hap-dienstenstructuur te regelen. Die verplichting hebben we wel wettelijk vastgelegd. We hebben normen voor bereikbaarheid van huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren. De NZa ziet daar op de zorgplicht toe. Dat gaat er niet aan voorbij dat ik vind dat je met deze zorgvoorzieningen onderdeel uitmaakt van een wijk, een gemeente en een patiëntenbestand en dat je goed overlegt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is helder dat de Minister het belangrijk vindt, maar zij zegt erbij dat zij er niet over gaat. Het wil altijd wel helpen als de Minister nog eens een keer de betrokken partijen erop wijst hoe belangrijk het is dat er op die manier wordt gekeken naar de inrichting van de zorg. Ik roep de Minister op om dat ook in dit geval te doen.

Minister **Schippers**: Het blijft altijd indirect, want we hebben geen wet waarop we kunnen stoelen. Ik doe het regelmatig. Meestal, als er niets aan de hand is, zegt iedereen dat het heel gewoon is, maar je ziet toch dat men er in veel praktijken aan voorbijgaat, terwijl in de zorg niets zo belangrijk is als samenwerking, want je maakt allemaal deel uit van een hele zorgketen. Als een onderdeel van die keten ineens op een andere locatie gaat zitten of iets anders gaat doen, dan is het goed om daarover te spreken met de omgeving.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Dijkstra maaide het gras voor mijn voeten weg. Het is fijn dat we voor een deel dezelfde zorg delen. Het is helder dat de Minister aangeeft dat het normaal is om te overleggen en om met lokale betrokken in overleg te gaan bij dit soort ingrijpende beslissingen. In Voorschoten maakt men zich grote zorgen over het vertrek van de huisartsenpost. Het overleg leidt tot nu toe tot niets. Ik snap dat de NZa scherp toeziet op die 45 minutennorm bij spoedeisende hulp, maar kan de NZa ook goed kijken naar wat het doet voor de huisartsenzorg, gezien de eisen die daar gelden? Wellicht helpt dat om partijen wat steviger aan tafel te krijgen.

Minister **Schippers**: Wij hebben gewoon normen waar ook de huisartsenzorg aan moet voldoen en waar de NZa toezicht op houdt. Dat heet zorgplicht. Als de huisartsenpost verhuist – laten we er niet van uitgaan dat het gebeurt – dan leidt dat waarschijnlijk niet snel tot overschrijding van die normen in dit gebied. Dat verwacht ik niet. Ik verwacht wel dat men gewoon met elkaar overlegt. Het is toch wel heel gek dat we daar heel vaak gesprekken over hebben. Toch ben ik van mening dat we niet

moeten denken dat het vlot gaat als we een wet aannemen waarin staat: gij zult overleggen. Het is wel iets wat je normaal van zulke organisaties kunt verwachten.

De heer **Rutte** (VVD): Dat geloof ik helemaal van de Minister. Het is goed als mensen overleggen. Ik kan me voorstellen dat er achteraf getoetst wordt of een besluit heeft voldaan aan de zorgplicht, maar kan dat ook vooraf? Kan de NZa actief meekijken of een proces tot een acceptabel resultaat leidt? Kan de Minister de NZa daartoe verleiden?

Minister **Schippers**: Dan moeten er op zijn minst signalen zijn dat er een mogelijkheid is dat de zorgplicht niet nagekomen wordt. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik daar, in de omgeving waar we het nu over hebben, zelf mijn twijfels bij heb. Je doet dat natuurlijk niet zomaar. Ik kan me voorstellen dat het wordt besproken bij het ROAZ; dat heb ik nog niet genoemd. Het ROAZ is in ontwikkeling.
Mevrouw Dijkstra zegt dat de spoedeisende hulp en de huisartsenposten niet overal geregeld zijn. Dat klopt. We hebben wel het beleid dat we graag op één locatie met één loket de huisartsenpost en de spoedeisende hulp bij elkaar zien. Het is positief dat zowel het RIVM als InEen constateren dat deze vorm van seriële samenwerking, zoals ik het maar even noem, vaker voorkomt in Nederland. Wij hebben dat bevorderd door een financiële bijdrage te geven aan het project keten acute zorg van InEen. Er zijn een groot aantal huisartsenposten en spoedeisende hulpen bezocht en de factoren voor goede samenwerking zijn in kaart gebracht. Door het actief uitdragen en beschikbaar stellen van deze voorbeelden wordt verdere samenwerking gestimuleerd. Een van de knelpunten die uit dat project naar voren komen is dat de bekostiging van de huisartsenposten en de spoedeisende hulpen niet altijd goed op elkaar aansluit. Dat kan samenwerking in de weg zitten. Ik vind het daarom positief dat de NZa heeft aangegeven hier de komende maanden verder onderzoek naar te gaan doen, zodat we nog weer een stap kunnen zetten naar nog meer nauwe samenwerking op meer plekken tussen de spoedeisende hulp en de hap.
Deze week is de gevoeligeziekenhuizenanalyse van het RIVM publiek geworden. Het RIVM heeft gekeken naar de spreiding en beschikbaarheid van de spoedzorg die op de spoedeisende hulp en afdelingen voor acute verloskunde wordt verleend. Een ziekenhuis wordt gevoelig genoemd als de spoedeisende hulp of de afdeling voor acute verloskunde cruciaal is in het kader van de 45 minutennorm omdat het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp dan wel afdeling voor acute verloskunde kan zijn, toeneemt als de afdeling verdwijnt. Het RIVM maakt onder meer gebruik van een zogenaamd rijtijdenmodel. Op basis van metingen van ambulancesnelheden wordt bepaald wat de gemiddelde snelheid op een bepaald traject is, en daarmee hoe lang een ambulance erover doet. Er zijn volgens de analyse van het RIVM drie gevoelige ziekenhuizen bijgekomen, zowel voor de spoedeisende hulp als voor de acute verloskunde. Het gaat om het Bravis ziekenhuis in Bergen op Zoom, het Amphia Ziekenhuis in Breda en het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel. Die zijn gevoelig geworden voor de 45 minutennorm als gevolg van de fusie van de ziekenhuizen in Bergen op Zoom en Roosendaal, waarbij zowel de spoedeisende hulp als de acute verloskunde in Bergen op Zoom is geconcentreerd, en de actualisatie van het rijtijdenmodel.
Het RIVM geeft aan dat de ambulances op de meeste trajecten in Nederland wat minder hard kunnen rijden, waarschijnlijk ten gevolge van de toegenomen verkeersdrukte. Het kan ook tegenzitten als de economie groeit, want dan nemen de files weer toe. Over het algemeen zijn de rijtijden hierdoor met een à twee minuten toegenomen. Mijn beleid is er dus op gericht om de gevoelige spoedeisende hulpen en afdelingen voor acute verloskunde niet te laten verdwijnen. Daarom hebben we ook de

beschikbaarheidsbijdrage, die de NZa toekent, geherintroduceerd. Ziekenhuizen kunnen die aanvragen als zij niet kunnen uitkomen met de bestaande tarieven. De voorwaarden voor het ontvangen van die beschikbaarheidsbijdrage zijn versoepeld. Uit het rapport van het RIVM blijkt dat het aantal personen dat niet binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp of een afdeling voor acute verloskunde kan zijn, is toegenomen met 9.000 personen. Ik had al aangegeven dat dat vooral komt door het verkeer.
Wat is er gebeurd met het extra geld voor ambulances? Zijn die er gekomen? Verschillende RAV's hebben ingezet op meer capaciteit. Dat kost tijd. Het kost ook tijd om de mensen op te leiden. De prestaties verbeteren wel. Dat gaat langzaam. Verzekeraars moeten daarop toezien. Ik spreek ze daarop aan. De NZa onderzoekt of verzekeraars hun zorgplicht goed vervullen. Naar verwachting zal dit voorjaar resultaat worden opgeleverd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De 15 minutennorm wordt nog steeds niet in 95% van de gevallen gehaald. De Minister heeft daar een paar jaar geleden extra geld voor beschikbaar gesteld. Je merkt in de praktijk dat het soms lastig is om te halen, want als het druk is wordt een bepaalde post losgelaten en gaat men allemaal een bepaalde kant op. Daarna halen een aantal ambulances soms hun tijd niet. Gaat het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit waaruit blijkt dat de zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen met ambulances, specifiek over ambulances? Er is natuurlijk ook een breder onderzoek van de NZa over de zorgplicht.

Minister **Schippers**: Het gaat specifiek over ambulances.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft drie jaar terug heel duidelijk gezegd dat ze echt wilde dat die 95% gehaald gaat worden. Zorgverzekeraars moesten alles in het werk stellen om te zorgen dat er meer ambulances komen, ook in de financiering van de ambulanceregio's. Weet de Minister überhaupt hoeveel extra ambulances er gekomen zijn? Hebben zorgverzekeraars wel meer ingekocht? Ik hoor nog steeds verhalen dat ambulanceregio's het met minder geld moeten doen.

Minister **Schippers**: Ik heb in het begin al aangegeven dat ik niet tevreden ben over de rol die verzekeraars spelen in de acute zorg. Ik vind dat ook het nadeel van deze tijdelijke wet. Ze pakken hun rol onvoldoende op en er mag best een tandje bij. Ik ben niet de toezichthouder. De NZa is dat wel. Die komt met een onderzoek, heb ik net aangekondigd. De NZa zal daadwerkelijk aangeven hoe het erbij staat. Dan kunnen we dus iets meer gefundeerd oordelen. Mijn eerste indruk is dat het wel een beetje beter kan.
Ik kom op de aed's. De vraag was of ik daarover met betrokken partijen rond de tafel kan gaan. We hebben daar verschillende malen over gesproken, ook in het kader van de begroting. Daarbij is een VVD-amendement aangenomen om 1 miljoen te reserveren voor een stimuleringssubsidie voor de netwerken. Het hoofddoel van die subsidie is het bevorderen van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de tijdigheid van de acute zorg. Ik zal bij de verlening van die subsidie kijken of ik in lijn met dit doel voorwaarden kan stellen, bijvoorbeeld dat het netwerk met de fabrikant van aed's afspraken maakt om de afnemers hun aed's te laten registreren en dat ze met de eigenaars in hun netwerk afspraken maken over het onderhoud.
Ik realiseer me dat het voor een eigenaar van een aed lastig kan zijn om de juiste verzekeraar te vinden om de gebruikskosten te declareren. Daar hebben we over gesproken met Zorgverzekeraars Nederland. Het is helder geworden dat het opzetten van een centrale verrekening tussen verzekeraars ingewikkeld en lastig uitvoerbaar is. Dat staat niet in verhouding met

de relatief geringe kosten van het gebruik van € 150, in vergelijking met de aanschaf van het apparaat waar de eigenaar voor heeft gekozen.

De **voorzitter**: De leden verzoeken allemaal om drie interrupties, omdat we tot zes uur de tijd hebben. Ik zie smekende gezichten en ik heb voorlopig vier maanden vrij, dus iedereen krijgt nog een interruptie. Mevrouw Leijten, mevrouw Dijkstra en de heer Rutte krijgen er nog eentje bij. Deze is voor mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): U bent buitengewoon coulant op uw laatste dag, voorzitter. Hartelijk dank daarvoor.
Ik ben blij met het feit dat de Minister zegt dat ze met de partijen om tafel wil gaan zitten om te kijken of de herkenbaarheid en het onderhoud van de aed's op straat kunnen worden verbeterd. Ze verwees naar het amendement waarmee geld beschikbaar is gesteld. Daarin worden maar een beperkt aantal partijen genoemd, terwijl er een aantal grote burger-hulpverleningsverenigingen in Nederland zijn die je daar ook bij zou moeten betrekken, omdat je het dan gelijk breed kunt aantrekken. Anders mis je echt een paar belangrijke spelers. Wil de Minister met hen in gesprek gaan?

Minister **Schippers**: Wij hebben zicht op de spelers, want zij zijn gekoppeld aan de RAV. Ik zal dus met hen het gesprek aangaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het erg mooi dat de Minister het gesprek wil aangaan met degenen die gekoppeld zijn aan de RAV. Ik zou het heel fijn vinden als de Minister aan de Kamer wil terugkoppelen wat er uit dat gesprek komt als het gaat om het onderhoud en de herkenbaarheid. Wanneer kan zij dat ongeveer doen?

Minister **Schippers**: Voor de zomer. Dat heb ik de afgelopen drie dagen al heel vaak gezegd. Ik krijg het heel druk voor de zomer.

De **voorzitter**: Hij staat genoteerd als toezegging voor de zomer.

Minister **Schippers**: Mevrouw Dijkstra heeft gevraagd of ik met AZN en ZN kan kijken hoe we in krimpregio's die hooggespecialiseerde zorg kunnen uitbreiden. Dat gesprek zal ik voor de zomer aangaan.
Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd om terugkoppeling aan het personeel. Het is natuurlijk belangrijk om feedback te krijgen op wat je hebt gedaan. Ik ben het ermee eens dat dat een belangrijk aspect is. De wet geneeskundige behandelingsovereenkomst biedt daarvoor geen ruimte. Die biedt wel ruimte om uit te wisselen als de behandeling nog moet plaatsvinden, maar niet om terug te koppelen als die al is geweest. Ik ben in overleg met Ambulancezorg Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen om te kijken of we informatie op een geaggregeerd niveau kunnen krijgen. Dat is van betrekkelijke betekenis, want soms wil je gewoon in een casus weten hoe het is afgelopen. We zijn daarom ook in gesprek of we niet automatisch bij het ontslag van een patiënt uit een ziekenhuis die toestemming kunnen krijgen. Dan kun je automatisch terugkoppelen. Dat is wel onderwerp van aandacht.
Ik kom op de bereikbaarheid van mensen die in nood 112 bellen, maar hun locatie niet weten. De Minister van Veiligheid en Justitie heeft daarover in juni Kamervragen beantwoord. Bij een noodoproep met je mobiele telefoon worden je locatiegegevens meegestuurd naar de landelijke alarmcentrale. Die zijn niet altijd voldoende om de exacte locatie bepalen. Daarvoor is een procedure beschikbaar die meer tijd kost. Die wordt niet belemmerd door privacyaspecten. In de ontwikkeling van de infrastructuur van de landelijke meldkamerorganisatie wordt gekeken naar de mogelijkheden van het sneller ontvangen van locatiegegevens. In

de tussentijd zijn ambulancevoorzieningen zelf ook al bezig met dit punt. RAV Hollands Midden maakt gebruik van Vaststelling Incident Locatie (VIL). Wanneer de melder zijn locatie niet duidelijk kan maken, stuurt de centralist via het meldkamersysteem een sms naar de melder met daarin de link. Als de melder op zijn mobiele telefoon die link indrukt, worden de coördinaten van zijn locatie achterhaald en direct naar de meldkamer gestuurd. De centralist stuurt vervolgens de ambulance naar de juiste locatie. De gegevens van de beller worden een beperkte periode bewaard en daarna verwijderd. Binnenkort zal mijn collega van Veiligheid en Justitie de Kamer hier nader over informeren.

De **voorzitter**: Daar heb ik zelf een vraag over. De verschillende ministers van Justitie hebben mij precies geantwoord wat u voorleest. Ik stelde mijn eerste vragen hierover op 11 augustus 2014. Toen werd er gezegd: we zijn bezig. In 2015 werd gezegd: we zijn bezig. Deze Minister van VWS zegt in 2016, met alle goede bedoelingen: ze zijn bezig, het is de verantwoordelijkheid van Justitie. Ik weet dat de Minister dit graag wil regelen. Mensen hebben me via Twitter laten weten dat VIL al kan, maar dat het niet overal gebeurt. Het hangt samen met de discussie over een landelijke meldkamer. Eigenlijk wil ik heel graag dat het morgen opgelost is, want het kan al en het kan mensenlevens redden. Ik zit hier met de Minister van VWS en niet van Justitie, dus ik vraag aan de Minister van VWS op welke manier we er nou voor gaan zorgen dat dit gewoon geregeld wordt door de nieuwe Minister van Justitie tijdens dat fantastische verlof van mij.

Minister **Schippers**: Ik kan niet voor hem spreken, maar ik kan wel toezeggen dat ik er bij hem op zal aandringen om hier nu, na een aantal jaren van bezig zijn, daadwerkelijk het ei te leggen. Ik zeg toe dat ik daar bij hem op aandring en hem vraag de Kamer van zijn resultaten op de hoogte te stellen.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goede toezegging en intentie. Kunnen we afspreken dat er binnen een maand een brief naar de Kamer komt over hoe snel het opgelost is? De rest van de commissie, mijn opvolger of mijn collega van de vaste commissie voor Justitie kan dit dan verder oppakken met Justitie, zodat we er ook echt grip op houden. Anders wordt het weer zomer en dan moet ik wéér in de zomer vragen stellen.

Minister **Schippers**: Het lastige is: ik kan dat wel toezeggen, maar de Minister van Justitie zal de brief moeten sturen. Ik ga er bij hem op aandringen dat hij hier nu een ei legt. Blijkbaar zijn er systemen die het doen. Het is dus niet onmogelijk. Het argument van techniek lijkt mij hier niet op zijn plek. Ik zal vragen of hij dit gewoon wil oplossen en of hij de Kamer hier vlot over wil berichten. Ik zal hem dat echt op het hart drukken, maar ik kan de brief niet voor hem schrijven.
Als ik het goed begrepen heb, stelde mevrouw Bouwmeester voor om crisisdiensten van de ggz met elkaar te verbinden. Een crisisdienst neemt soms onvoldoende op of zet je in de wacht als je in acute nood belt. Zo hebben we nog een aantal crisisdiensten in dit land. Ik vind het een goed idee om die met elkaar te verbinden. Dat doen wij nu niet. Ik wil bekijken hoe wij die verschillende crisisdiensten, die soms mensen veel te lang in de wacht zetten – we weten dat dat bijvoorbeeld bij de ggz soms echt wel te lang is – automatisch kunnen laten doorschakelen naar 112. Ik weet niet wat voor techniek daarachter zit en hoe moeilijk het is, maar ik ga er wel naar kijken. Ik zal de Kamer berichten over de mogelijkheden en onmogelijkheden ervan en of het misschien mogelijk is om een pilot of iets dergelijks hierop te draaien.
Ik kom op de witte kolom binnen de meldkamer. In het transitieakkoord dat ten grondslag ligt aan de landelijke meldkamerorganisatie is beschreven dat er een multidisciplinaire intake zal worden vormgegeven.

Het doel daarvan is om de burger op een verantwoorde manier zo veel mogelijk in een eerste contact te woord te staan. Op dit moment is een projectteam bezig met de voorbereiding van de pilot. Alle betrokken kolommen, politie, brandweer, en ambulancezorg, nemen deel aan de pilot. In de pilot multi-intake wordt in de volle breedte getest in een simulatieomgeving. Daarbij zal onderscheid gemaakt worden tussen ervaringen met een generalistische en met een specialistische centralist. Op de achtergrond zal altijd een verpleegkundig centralist aanwezig zijn. De verwachting is dat de pilot snel van start gaat onder begeleiding van de hiervoor ingestelde commissie. De resultaten zijn naar verwachting eind 2016, begin 2017 beschikbaar.
Waarom voegen wij de elf traumacentra niet samen en levert dat geen kwaliteitsverbetering op? Er geldt een ondergrens voor het aantal behandelingen per jaar. Die is bedoeld om de kwaliteit te waarborgen. Er gelden ook criteria voor de kwalitatieve scholing van traumacentra. Ik kan nu niet onderbouwen dat het een heel grote verbetering zou zijn als we van elf naar drie traumacentra zouden gaan. Dat kan ik zo niet beoordelen. Traumacentra moeten wel aan eisen voldoen. Als ze daar niet aan voldoen, moeten ze zorgen dat ze daar wel aan gaan voldoen of dat ze een andere oplossing bedenken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp heel goed dat de Minister daar op dit moment geen onderbouwing voor kan geven. Ik heb haar gevraagd om daar eens naar te kijken en daarop te reageren. Hoe kun je de concentratie van zorg, met name van heel specialistische traumazorg, verbeteren, ook als het om de kwaliteit gaat? Ik zeg niet dat het nu niet goed gaat, maar het op die manier inrichten van traumacentra kan voor de toekomst van de traumazorg wellicht leiden tot nog betere specialisatie en tot reductie van kosten.

Minister **Schippers**: Ik zal er eens naar kijken.

De **voorzitter**: Wij gaan over tot de tweede termijn. Daarin hebben alle sprekers een royale twee minuten spreektijd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De Minister zegt dat zij met iedereen heeft gesproken, maar in alle communicatie horen en lezen wij dat zij samen optrekt met Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Zelfs in de brief die wij afgelopen vrijdag kregen over het uitstel van de wet staat niet dat zij ook met anderen heeft gesproken. In het antwoord van 9 februari op mijn Kamervragen wordt deze omissie evenmin rechtgezet. In dat antwoord staat: «Bij de bespreking waren naast de onderzoekers medewerkers van het ministerie en vertegenwoordiger van AZN en ZN aanwezig.» Ik ben blij als wij op papier krijgen wanneer er dan wel met het personeel gesproken is. Ik zou graag zien dat de Minister daarbij ook ingaat op ons onderzoek, dat een onderzoek onder het personeel was. De vier scenario's die de Minister niet wenst te onderzoeken, heb ik aan hen voorgelegd. Daaruit blijkt dat er geen draagvlak is voor het scenario om het via de zorgverzekeraars te doen. 1% vond dat een goed idee. Tegelijkertijd bleek er heel veel draagvlak te zijn voor de publieke variant. De Minister maakt daar een beetje een karikatuur van. Zij vraagt of dan iedereen in dienst moet worden genomen in één nationale dienst. Zelf schetst zij echter twee verschillende wegen van een publieke variant die helemaal niet zo ver gaan. Zij zegt dat er geen draagvlak voor is, maar in het debat kwam de aap uit de mouw: ze heeft er geen zin in. Dat mag, maar zeg dat dan eerlijk. Zeg dan niet dat er geen draagvlak voor is.

De heer **Rutte** (VVD): Ik snap wel dat de SP heel erg gelooft in het nationaliseren van dingen, maar kan mevrouw Leijten misschien reageren

op de situatie in Zeeland? Daar hadden wij een publieke ambulancevoorziening, die is overgenomen door een private instelling, namelijk Witte Kruis Ambulancezorg. De kwaliteit van de ambulancezorg is vervolgens vooruitgegaan. Als je dat nou weet, waarom dan zo halsstarrig blijven zeggen dat alles publiek moet? Is dat niet ideologie boven inhoud?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb helemaal niet gezegd dat het per definitie moet worden genationaliseerd. Ik heb gezegd dat de publieke weg wat ons betreft de weg is. Ik kijk even naar de scenario's van de Minister in de brief van 17 juni. Daarin staat dat het op twee manieren kan: onder verantwoordelijkheid van een veiligheidsregio of onder verantwoordelijkheid van een landelijke publieke dienst. Dat kan allebei. Je kunt dus ook zeggen: als het onder een veiligheidsregio valt, dan zijn er nog particuliere aanbieders. Ik heb helemaal niet gezegd dat er genationaliseerd moet worden. Ik heb gezegd dat de publieke weg wat mij betreft de weg is. En weet je waarom? Omdat aanbestedingen eens in de vier jaar onzekerheid geven rond de vraag of je de vergunning al of niet krijgt. Dat leidt helemaal niet tot kwaliteitsverbetering. Dat leidt tot onzekerheid in de sector. Overigens is dat een analyse die ik teruglees in de inbreng van Kamerlid Schippers tijdens de behandeling van de wet van Minister Klink, waarbij aanbestedingen de norm werden, maar die gestrand is in de Eerste Kamer.

De heer **Rutte** (VVD): Op zich goed nieuws dat mevrouw Leijten in ieder geval accepteert dat er ook private aanbieders zijn die goede kwaliteit kunnen leveren, zoals er ook publieke aanbieders zijn die goede kwaliteit kunnen leveren. Moet ik het nou zo begrijpen dat mevrouw Leijten de Minister gewoon niet gelooft als zij aangeeft dat die andere scenario's wellicht tot nationalisering leiden? Het lijkt mij een heldere uitspraak van de Minister dat dat de consequentie kan zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister heeft gezegd dat zij dat niet ziet zitten – dat eerlijke antwoord gaf zij daarnet in het interruptiedebatje – maar in haar brief van 17 juni schrijft zij dat de verschillende scenario's zijn verkend, inclusief de Europeesrechtelijke aspecten daarvan. Het publieke stelsel is een van die scenario's, in twee verschillende opties. Dan gaat het over de publieke aansturing zonder aanbestedingen of het in publieke hand nemen. Dat zou nationalisatie kunnen zijn, maar dat hoeft niet eens. Je kunt namelijk ook een publieke dienst opzetten waarin de privaten uiteindelijk verdwijnen. Dan nationaliseer je ze niet. Er zijn heel veel verschillende vormen mogelijk. Waar het mij om gaat, is dat de Minister die variant de pas afsnijdt, terwijl hij volgens Europees recht wel mogelijk is. De Minister zei in de brief en in de andere communicatie dat er geen draagvlak zou zijn voor dat scenario, maar vandaag zei zij heel duidelijk dat zij er geen zin in heeft. Dat is natuurlijk prima, maar zeg dan niet dat je het doet omdat er geen draagvlak is. Je hebt er geen zin in.
Ik vraag een VAO aan om een motie te kunnen indienen waarin de regering wordt gevraagd om wel de publieke weg op te gaan. Ik denk dat dat beter is dan de weg van aanbesteden of aanbesteden. Die weg legt de discussie over de kwaliteit namelijk lam. En laten wij wel wezen: kwaliteit wordt uiteindelijk geleverd door de mensen op de ambulance.
Ik heb geen antwoord gekregen op een belangrijke vraag. Zorginstituut Nederland is bezig met het kwaliteitskader. Kwaliteitsindicatoren zouden leiden tot minder SEH's. Wij hebben hier veel getouwtrek gezien als de zorgverzekeraars dat zouden gaan doen. Ik vroeg de Minister om te discussiëren over beter in plaats van minder. Ik zou het heel fout vinden als de eerste keer dat het Zorginstituut echt zijn macht kan inzetten, zou leiden tot een discussie over minder SEH's, terwijl wij het uiteindelijk ook moeten hebben over het beter maken van SEH's.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik ben blij dat de Minister heeft aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek doet naar het extra geld dat naar de ambulancesector is gegaan om meer ambulances te kunnen inzetten. Het geld moet vanuit de zorgverzekeraars echt naar de regio's zijn gegaan en moet tot meer ambulances hebben geleid. De Minister zegt dat het rapport in het voorjaar komt, maar «voorjaar» is een heel rekbaar begrip en loopt in de Kamer soms tot juli door. Verwacht zij het rapport rond maart, april of later? Het is interessant voor de inkoop voor 2017. Er moeten op tijd maatregelen kunnen worden genomen om een verbeterslag te maken.
Ik bedank de Minister voor de toezegging om met de burgerhulpverleningsorganisaties, de netwerken en de fabrikanten om tafel te gaan zitten om te bekijken of er gewerkt kan worden aan betere afspraken over de herkenbaarheid van aed's op straat en bij sportverenigingen. Ik denk dat daar nog heel veel mee gewonnen kan worden. Op bepaalde plekken werken ze niet of worden ze door mensen niet herkend, hoewel er echt goede initiatieven zijn.
Ik heb nog wel een vraag over het vergoeden van die batterijen. Ik begreep niet helemaal wat de Minister bedoelde. Komt er een centrale rekening voor het vergoeden van die batterijen of niet? Is er ook gekeken naar de optie om afspraken met de regio te maken? Misschien kan er door de regio's geld beschikbaar worden gesteld.
Er is nu meer tijd om te werken aan een definitieve Wet ambulancezorg. Het CDA vindt het echt belangrijk dat er wordt gekeken naar draagvlak, dat alle partijen erbij betrokken worden. Het is eigenlijk jammer dat wij hier in het debat een wedstrijdje touwtrekken hebben over de vraag welke organisatie er wel of niet bij betrokken is. Laten wij er gewoon voor zorgen dat wij vanaf nu het personeel en de werknemers, maar ook de beroepsverenigingen er goed bij betrekken. Dat hebben wij nodig om een goede afweging te maken.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Het is goed om te horen hoezeer zij beseft dat ambulancezorg gewoon echt zorg is. Zij zet zich in om de ambulancezorg zo goed mogelijk in te bedden in en te integreren met de rest van de zorg in Nederland. Dat deelt de VVD echt van harte. Als er meer tijd nodig is om dat goed te kunnen doen, omdat kwaliteitskaders in ontwikkeling zijn, dan zijn wij ervoor om die tijd wel even te nemen.
Het is goed om te horen dat bij de gesprekken die hebben plaatsgevonden ook wel degelijk medewerkers van de ambulancezorg betrokken waren en dat deze mensen aan tafel blijven bij de toekomstige verkenning. Als wij praten over kwaliteit in de zorg, is het van groot belang dat de mensen die inhoud geven aan de zorg aan tafel zitten en daarover kunnen meedenken. Zij mogen niet alleen toeschouwer zijn bij dit proces. Veel dank daarvoor. Het is van groot belang dat dit zo gaat.
Het is ook fijn dat de Minister wil kijken naar het signaal dat in sommige gevallen vervoer zonder al te veel medische begeleiding in taxi's kan plaatsvinden. Als die grens niet te trekken is, moeten wij die weg niet inslaan, maar als het op een slimme, zuinige manier kan, dan is de VVD daar voorstander van.
Tot slot de zorgen over de situatie in Leidschendam. De opmerkingen van de Minister waren duidelijk. De NZa ziet toe op het proces. Het is echt aan het ziekenhuis om in overleg te treden met alle betrokken. Die betrokkenen hebben het gevoel dat het overleg niet echt van de grond komt en maken zich vooral zorgen over de huisartsenpost. Het mag duidelijk zijn dat ik denk dat mensen uit die regio nu bij de NZa gaan klagen, maar wellicht kan de Minister de NZa attenderen op dit proces om ervoor te zorgen dat het ook echt goed van de grond komt.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook van mijn kant hartelijk dank voor de antwoorden van de Minister. Het is goed dat de Minister bij een visie op de toekomst van de ambulancezorg de nadruk legt op kwaliteit. Zij is zeer bereid om daarbij ook de ambulancemedewerkers en het andere personeel te betrekken, juist omdat deze mensen zo'n goed zicht hebben op wat kwaliteitsverhogend werkt. Ik vind het ook goed dat de Minister de patiënten erbij wil betrekken.

Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat zij in gesprek met Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland wil kijken naar de hooggespecialiseerde ambulances. Zij zei dat zij dat voor de zomer wil doen. Ik weet niet of dat gekscherend was bedoeld, omdat zij zichzelf dat voor de zoveelste keer hoorde zeggen. Ik hoor graag of het serieus was. Ook in dat geval is het heel belangrijk om het ambulancepersoneel erbij te betrekken.

De Minister heeft ook gereageerd op de situatie rond Antoniushove. Zij hecht zeer aan het belang van samenwerking met de omgeving en alle andere betrokkenen. Ik vind het goed dat zij dat nog eens benadrukt, maar ik maak mij wel een beetje zorgen over het verdwijnen van zo'n huisartsenpost tegelijk met zo'n SEH. Er zal best genoeg huisartsenzorg zijn, er zullen best genoeg huisartsen in de buurt zijn, maar het gaat natuurlijk specifiek om de avond-, nacht- en weekenddiensten die nu in die huisartsenposten gebundeld zijn. Mensen weten dan waar zij naartoe moeten. Ik zou graag van de Minister horen hoe zij dit ziet.

Voorzitter: Leijten

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor twee belangrijke toezeggingen. De witte kolom vanuit de meldkamer wordt versterkt door te bekijken op welke manier je de nummers van de crisisdiensten kunt integreren. De Minister deed er nog een schepje bovenop. In de ggz moeten mensen te vaak te lang wachten. Zij worden in de toekomst meteen doorgeschakeld. Ik vind dat een fantastische aanvulling, waarvoor dank. Wij blijven het volgen.

De Minister van Veiligheid en Justitie zal te horen krijgen dat het snel opgelost moet worden. Ik zal mijn collega's Jeroen Recourt en Agnes Wolbert, deze commissie en alle mensen die hier aanwezig zijn, erop afsturen, zodat het ook echt snel gebeurt.

De Minister heeft heel duidelijk aangegeven dat zij het belangrijk vindt dat beroepsgroep, medewerkers en patiënten meegenomen worden in het kwaliteitskader. Voor een deel gebeurt dat ook. Het Zorginstituut heeft zelfs zijn doorzettingsmacht moeten inzetten om ervoor te zorgen dat er een kwaliteitskader komt. Dat roept wel een beetje de vraag op wat daar de aanleiding voor was. Wie wilde er nou niet met wie samenwerken, waardoor dit aan de hand is? De mensen die de petitie hebben aangeboden, gaven al aan dat de huidige indicatoren tot ontevredenheid leiden, omdat ze sturen op proces en techniek en niet op kwaliteit.

Ik heb een vraag over het harmoniseren van wetgeving voor mensen die binnen of buiten een ziekenhuis werken. De wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geldt voor ambulanceverpleegkundigen en voor ziekenhuizen. Op welke manier kunnen wij die vanuit een kwaliteitsblik integreren?

Mijn laatste vraag betreft Antoniushove en de huisartsenpost. Mijn collega van de VVD zei dat mensen daarover bij de NZa kunnen klagen. Dat geeft natuurlijk een beetje onbevredigend gevoel. De NZa heeft een quick reaction team en men zegt: als je vandaag klaagt, kunnen wij het morgen opgelost hebben. De Kamer moet maar volgen of dat ook gebeurt. De huisartsenzorg moet in de avonduren dichtbij zijn.

Voorzitter: Bouwmeester

Minister **Schippers**: Voorzitter. Met mevrouw Bruins Slot vind ik het jammer dat we een soort getouwtrek krijgen over betrokken partijen. Het is evident dat AZN en ZN voor ons de primaire partijen zijn. Dat andere partijen zijn geraadpleegd, heb ik aangegeven. Ik heb al toegezegd dat wij werknemers en patiënten intensiever bij het komende traject betrekken.
Ik ben geen neutraal ambtenaar, maar een politicus. Ik heb dus een oordeel over iets, net zoals mevrouw Leijten met haar politieke achtergrond een oordeel heeft. Ik kan naar vier varianten kijken en dan zeggen dat ik de ene sterker vind dan de andere. Of je nou aanbesteedt als Minister of als zorgverzekeraar of als veiligheidsregio, je hebt altijd verschillende partijen die al dan niet iets gegund wordt. Als je niet meer gaat aanbesteden dan maakt het niet meer uit wie dat doet, maar dan heb je geen private partijen. Dat is het hele punt. Zodra je private partijen hebt, heb je een aanbesteding, omdat je moet wisselen. Als je geen aanbesteding wilt, dan zijn er geen private partijen. Dat betekent dus dat je het in nationale handen gaat uitvoeren. Dat is voor mij niet één, maar vele stappen te ver.
Dan het Zorginstituut Nederland en het kwaliteitskader. Ik ben het er helemaal mee eens dat het gaat om «beter». Maar «minder» heeft wel een ondergrens, namelijk de 45 minutennorm. Er wordt gezegd dat er soms een aantal SEH's heel dichtbij elkaar zit. Je kunt je afvragen of dat de beste manier is om die SEH's open te houden. In een stad kan worden gedacht aan samenvoeging. Zo wordt efficiënter gebruikgemaakt van de capaciteit en komen er meer patiënten binnen.
Het NZa-onderzoek naar de uitbreiding van het aantal ambulances verwacht ik eind maart, dus vroeg in het voorjaar.
Het vergoeden van de batterijen van aed's gaat niet via een centrale verrekening tussen de zorgverzekeraars. Ik weet niet wat mevrouw Bruins Slot bedoelt met «via de regio».

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het echt goed dat de Minister geregeld heeft dat die batterijen vergoed worden. Het ministerie heeft de zorgverzekeraars gelukkig overtuigd, maar ik hoor uit de praktijk van verschillende kanten dat het lastig werkt. Er zijn verschillende suggesties gedaan voor een oplossing. Als de Minister toch alle partijen om tafel zet, zou het een idee kunnen zijn om ze de vraag mee te geven om na te denken over een praktische oplossing voor het vergoeden van de batterijen. Die oplossing moet beter zijn dan de familie van de overledene te vragen of zij nog even een rekening willen indienen. Soms overlegt de RAV zelf met de burgerhulpverlening. Zou de Minister daar wat dieper in willen duiken?

Minister **Schippers**: Wij zullen dat in de gesprekken meenemen, maar het blijft complex. Als mevrouw Bruins Slot er ideeën over heeft, dan hou ik mij aanbevolen.
Wil ik de NZa attenderen op het proces rond de huisartsenpost bij Antoniushove? De NZa is daarvan al op de hoogte.
Ik herinner mij de eerste vraag van mevrouw Dijkstra niet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De hooggespecialiseerde ambulancezorg.

Minister **Schippers**: Als het uw verzoek is om het ambulancepersoneel erbij te betrekken, dan wil ik het wel goed doen, dus ik wil die termijn waarop ik informatie aan de Kamer verstrek, niet te krap stellen. Men krijgt het namelijk heel druk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik grijp terug op de toekomstige wet. Er is nu twee jaar uitstel. Wij hebben beiden een politieke visie en dat is prima. De

Minister gaat het personeel erbij betrekken. Hoe moet ik dat voor mij zien? Liggen dan de twee varianten waar de Minister een voorkeur voor heeft voor? Of ligt dan alles weer op tafel?

Minister **Schippers**: Ik ben geen neutrale gesprekspartner, maar ik wil wel bekijken hoe wij draagvlak kunnen krijgen en hoe wij het beste scenario kunnen uitkiezen, ook gezien de ontwikkelingen waar wij momenteel middenin zitten ten aanzien van de acties van Zorginstituut Nederland en de meldkamer. Nogmaals, ik zit er niet neutraal in, ik ben net zo goed een gesprekspartner met een opinie, maar je gaat niet een gesprek aan om van tevoren al de uitkomst voor te schrijven. Dat zou geen faire manier van opereren zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Met andere woorden: alle varianten liggen weer op tafel. De Minister heeft naar haar twee voorkeursvarianten onderzoek laten doen door Strategies in Regulated Markets (SiRM). Ook AZN en ZN geven de voorkeur aan die varianten. De Minister wil nu met iedereen aan tafel en werken aan draagvlak. Het lijkt mij dan logisch om hetzelfde of een ander onderzoeksbureau de opdracht te geven om in ieder geval die twee andere varianten op een gelijke manier te onderzoeken, zodat het weer openligt. Het is prima dat de positie van de Minister duidelijk is, maar alleen op deze manier is weer een open gesprek mogelijk. Of is de Minister niet bereid om de andere twee varianten op gelijke wijze te laten beoordelen?

Minister **Schippers**: Ik ga gewoon het gesprek aan. Wij beginnen niet met een blanco papier, want er is al veel over nagedacht. In dat gesprek zien wij wel hoe wij verder varen.
Dan de huisartsenpost als onderdeel van een gemeenschap. De hap's zijn van de huisartsen; zij organiseren met elkaar een hap. De huisartsen moeten met hun patiënten goed communiceren over de belangrijke partners in de gemeente. Ik roep de hap's op om dat contact te zoeken voordat ze besluiten nemen. Bij Antoniushove is het besluit nog niet genomen, dus er is nog gelegenheid om na te denken en om met de samenleving te bespreken waar de mogelijkheden liggen, waar mensen bang voor zijn en hoe dat met elkaar kan worden opgevangen.
Het Kwaliteitsinstituut is voortvarend begonnen met het maken van kwaliteitscriteria. Ik ben niet bij het proces betrokken. Het is een proces van aanbieders, verzekeraars en patiënten. Zij gaan over kwaliteit en moeten ook veel meer over kwaliteit gaan, want wij hebben in de ambulancezorg heel veel proceskwaliteiten, maar langzaam maar zeker moeten wij doorschakelen naar indicatoren die over kwaliteit gaan. Wat er in het voortraject is misgegaan en wie daarvan de oorzaak is, weet ik niet, maar ik weet wel dat het Zorginstituut dit heeft opgepakt om zijn doorzettingsmacht in te zetten.
Ik kom op het integreren van ziekenhuizen en ambulances. Over de vraag hoe dat kan, heb ik al enkele gesprekken gevoerd met ambulancemedewerkers. Er leven veel ideeën over, maar wij hebben een WGBO met heel strenge privacyregels, die uiteindelijk de kwaliteit van de zorg op dit punt blokkeren. Er wordt op dit moment gezocht naar omwegen om toch die reflectie en terugkoppeling te krijgen. Ik vind dat heel belangrijk, omdat je daarmee het lerend vermogen vergroot.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Mevrouw Leijten heeft een VAO aangevraagd. Er is een hele reeks toezeggingen gedaan.
- Na het overleg met de beroepsverenigingen over de toekomstige ordening van de ambulancezorg ontvangt de Kamer hierover een bericht.
- De Tijdelijke wet ambulancezorg wordt verlengd.

- In het kader van de nieuwe Wet ambulancezorg zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre de inzet van ambulancezorg zinnig is, waarbij alternatieven worden betrokken, inclusief het element van de kosteneffectiviteit.
- Eind maart krijgt de Kamer de resultaten van het NZa-onderzoek inzake de aanrijtijden.
- Via de Minister van Veiligheid en Justitie zal de Kamer spoedig worden bericht over het oplossen van het probleem van het schenden van privacy en het niet vindbaar zijn van mensen die 112 bellen.
- De Kamer krijgt bericht over de (on)mogelijkheden van het doorschakelen van 112 en het integreren van de crisisdiensten. Zo nodig, zal de Minister een pilot starten.
- Eind 2016, begin 2017 zullen de resultaten van de pilot multi-intake beschikbaar zijn.
- Voor de zomer wordt de Kamer bericht over de uitkomsten van de gesprekken met burgernetwerken, fabrikanten, ZN en RAV's over de herkenning, vindbaarheid en financiering van het onderhoud van de aed's.

Ik dank de Minister en haar ambtenaren, de Kamerleden, de mensen die op de tribune zitten en de moeite hebben genomen om hierheen te komen, speciaal de mensen in de ambulancepakken, en de mensen thuis.

Sluiting 17.10 uur.